

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL 2026

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER –
PREFEITURA DE PORTO ALEGRE



SUS 



Prefeitura de
Porto Alegre

SICME PRIMA DE ALEGRE

Sebastião Melo
Prefeito Municipal
Fernando Ritter
Secretário Municipal de Saúde
Jaqueline Cesar Rocha
Carolina Weber Dias
Secretárias Municipal de Saúde Adjuntas
Vânia Frantz
Diretora da Atenção Primária à Saúde
Gisele Gomes
Coordenação de Políticas Públicas em Saúde

ATUALIZAÇÃO 2026
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER/CPDS/DAPS/SMS

Marcia Grutcki
Rosa Maria Rimolo Vilarino

<p>1ª Versão elaborada por Dinorá Hoepfer Janice Oliveira Lonzetti Soraia Nilsa Schmidt Magali Queiroz Duarte Torres</p>	<p>Colaboradores: Sonia Silvestrin Paula Xavier Picon Denise Loureiro Pedroso Letícia De Conti Rochelle de Carli Silva Haline Maria Velho Burin Maria Lucia Flach Juliana Hasstenteufel Leonardo Dorigatti Rodrigues Vanessa do Canto Severo Coffy</p>
---	---

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AAS	Ácido Acetilsalicílico
BCF	Batimentos cardíofetais
BI	Boletim Informativo
BVAPS	Biblioteca Virtual de Atenção Primária à Saúde
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DF	Doença Falciforme
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Data Provável do Parto
DTN	Defeitos Abertos do Tubo Neural
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
DUM	DUM - Data da Última Menstruação
EVDT	Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis
GERCON	Gerenciamento de Marcação de Consultas
IMC	Índice de Massa Corporal
ISTS	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PA	Pressão Arterial
PE	Pré Eclâmpsia
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PN	Pré-Natal

APS	Atenção Primária em Saúde
AAS	Ácido Acetilsalicílico
BCF	Batimentos cardíofetais
BI	Boletim Informativo
BVAPS	Biblioteca Virtual de Atenção Primária à Saúde
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DF	Doença Falciforme
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PNI	Programa Nacional de Imunizações
OMS	Organização Mundial da Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
TTG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	12
1. Introdução	12
2. Magnitude	12
3. Transcendência	14
4. Objetivo	14
5. Avaliando o Risco	16
6. Encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco	19
6.1 Idade Inferior a 14 anos	19
6.2 Idade Materna igual ou Superior a 40 Anos	20
6.3 Hipertensão Arterial	20
6.4 Diabetes Mellitus	20
6.5 Anemias e Hemoglobinopatias	20
6.6 Distúrbios da Tireoide	21
6.7 Abortamento Recorrente	21
6.8 Suspeita de Síndrome Antifosfolipide	21
6.9 Incompetência Istmo-Cervical	21
6.10 Hepatites Virais	21
6.11 Toxoplasmose	22
6.12 Alterações do Líquido Amniótico	22
6.13 Alterações Fetais	22
6.14 Alterações Placentárias	22
6.15 Encaminhamento ao Pré-Natal de Medicina Fetal	22
6.16 Isoimunização Rh ou por Anticorpos Irregulares	22

6.17 Gemelaridade	23
6.18 Condições Maternas Associadas	23
7. Suspeita e Confirmação da Gestação	23
7.1 Sinais e Sintomas de Presunção	24
7.2 Sinais de Probabilidade	24
7.3 Sinais de Certeza	24
8. Recomendações quanto ao Diagnóstico da Gravidez	25
9. Recomendações quanto ao Roteiro das Consultas de Pré-Natal	26
10. Plano de Parto	29
11. A Diversidade de Gênero no Pré-Natal	29
12. Pré-Natal das Parcerias	30
13. Atividade Sexual na Gestação	32
14. Lei do Direito ao Acompanhante ao Parto	33
15. Roteiro de Consultas de Pré-Natal de Risco Habitual	33
15.1 Anamnese	33
15.2 Exame Clínico Geral	35
15.3 Exame Físico	36
15.4 Orientações para o Monitoramento do Ganho de Peso Gestacional	37
16. Pacientes Pós Bariátricas	39
17. Cálculo da Idade Gestacional	40
18. Exames Complementares e Orientações	41
18.1 Primeira Consulta ou Primeiro Trimestre	41
18.2 Orientação Nutricional	42

18.3 Profilaxias Instituídas a partir da Primeira Consulta	42
18.3.1 Ácido Fólico	44
18.3.2 Suplementação Profilática Sulfato Ferroso	44
18.3.4.1 Profilaxias após as 12 semanas - Carbonato de Cálcio	45
18.3.4.2 Ácido Acetilsalicílico	45
18.4 Exames	46
18.4.1- Testes Rápidos	46
18.4.2 Exames Laboratoriais 1º trimestre	49
18.4.3 Interpretação de Exames	49
18.4.4 Exames do 2º trimestre	60
18.4.5 Exames do 3º trimestre	62
19. Avaliação da Vitalidade Fetal	62
19.1 Movimentos Fetais	62
19.2 Ultrassonografia Obstétrica - análise	63
19.2.1 Polidrâmnio	63
19.2.2 Oligodrâmnio	64
20. Calendário de Vacinação da Gestante	65
20.1 Esquema Vacinal para as não Vacinadas	65
20.2 DPTA	66
20.3 Influenza	69
20.4 Vacina Hepatite B	69
20.5 Vacina Coronavírus	70
20.6 HPV	70
20.7 VSR (bronquiolite)	71
21. Suplementação de Nutrientes e Vitaminas na Gestação	72

21.1 Ferro e Folato	72
21.2 Usuárias com Baixo Peso ou com Histórico de Bariátrica	73
22. Critérios para Encaminhamento ao Centro Obstétrico	73
22.1 Casos para Avaliação de Bem Estar Fetal	75
22.2 Indicações para Cesariana Eletiva	75
22.3 Indicações para Interrupção da Gestação	76
23. Consulta do Binômio	76
24. Patologias do Puerpério	78
24.1 Endometrite	78
24.2 Infecção da Ferida Operatória	78
24.3 Infecção de Episiotomia	79
24.4 Mastite	79
24.5 Abscesso de Mama	79
24.6 Fissura de Mamilo	80
24.7 Depressão Puerperal	80
24.8 Psicose Puerperal	81
25. Aleitamento Materno	81
25.1 Orientações de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no Pré-Natal	81
25.2 Benefícios do Aleitamento Materno	81
25.3 Orientações para a Gestante no Pré-Natal	82
25.4 Orientações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Puerpério	83
25.5 Mulher Trabalhadora que Amamenta	85
25.6 Direitos das gestantes trabalhadoras	85

25.7 Recomendação para a realização de testagem rápida para o HIV durante o aleitamento materno	90
Referências Bibliográficas	92
ANEXOS	95

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Estratificação de Risco	15
Fluxograma 2 - Pré-Natal do Parceiro	30
Fluxograma 3 - Rastreamento da Doença Falciforme em Gestantes	120
Fluxograma 4 - Rastreamento de Diabetes na gestação	128
Fluxograma 5 - Fluxo de Triagem Clínica da COVID para Gestantes	134
Fluxograma 6 - Fluxo de Hipertensão na Gestação	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro das Consultas Pré-Natal	26
Quadro 2 - Exame físico na avaliação do Pré-Natal	37
Quadro 3 - Testes Rápidos na Gestação	46
Quadro 4 - Medicamentos Usados nas Infecções Urinárias em gestantes	56
Quadro 5- Causas do oligodrâmio	65
Quadro 6 - Exames de Rotina e Orientações	87
Quadro 7- Exames de Rotina e Orientações	103
Quadro 8 - Sorologia para toxoplasmose: Interpretação e Conduta	108
Quadro 9 - Uso de Drogas na Gestação	114

ANEXOS

A - Check list para Realização do Pré Natal de Risco Habitual	95
B - Prurido na Gestação	102
C - Exames de Rotina e Interpretações	103
D - Recomendações e Evidências	106
E - Rastreamento e Diagnóstico de Toxoplasmose na Gestação	108
F- Orientações Pré-Concepcionais	112
G - Uso de Drogas na Gestação	113
H - Rastreamento Universal da Doença Falciforme no Pré-Natal	119
I - Diretriz para Realização do Teste Rápido de Gestação	124
J - Protocolo de Rastreamento do Diabetes Gestacional	126
K - Covid e Gestação	130
L - Testes Rápidos	137
M - Parasitoses	140
N - Patologias da Tireoide na Gestação	143
O - Hipertensão na Gestação	146
P - Náusea e Vômitos na Gestação	153

Q - Prevenção da Transmissão Vertical do HIV	155
R - Tromboembolismo Venoso	157
S - História de Abortamento Recorrente ou Risco de Prematuridade	160

RESUMO

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre elaborou, em 2006, as Diretrizes de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco, atualizando o protocolo vigente desde 2002. Construídas por especialistas da rede municipal, com base em evidências científicas, essas diretrizes foram revisadas em 2008, 2012, 2015, 2024 e, novamente, em 2026. O documento reúne recomendações clínicas sistematizadas com o objetivo de qualificar a atenção à gestante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o planejamento reprodutivo e uma assistência segura, humanizada e integral à gravidez, ao parto e ao puerpério. As diretrizes também garantem às crianças o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. A proposta visa reorganizar a atenção materno-infantil, desde a atenção primária até a hospitalar, promovendo acesso, acolhimento e resolutividade. Ao fortalecer a rede de cuidados, a estratégia contribui para a redução da mortalidade materna, infantil e, especialmente, neonatal, reafirmando o compromisso da gestão municipal com uma política de saúde pública baseada em evidências científicas.

Palavras-chave: Pré-natal. Diretrizes clínicas. Saúde materno-infantil. Atenção primária. Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

As diretrizes apresentadas neste protocolo são fundamentadas em evidências científicas e foram desenvolvidas com o propósito de qualificar a atenção à gestante no âmbito da rede municipal de saúde, garantindo o planejamento reprodutivo e uma assistência segura, humanizada e integral à gravidez, ao parto e ao puerpério.

2 MAGNITUDE (frequência da condição)

A mortalidade materna no Brasil permanece elevada, com coeficiente de 50,57 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos em 2024. A redução da mortalidade

materna e infantil constitui prioridade nas políticas públicas de saúde, sendo o acesso oportuno e qualificado ao pré-natal um fator essencial para a melhoria desses indicadores. Entre as medidas mais urgentes e eficazes destaca-se a ampliação do acesso das mulheres à anticoncepção, especialmente aos métodos contraceptivos de longa duração.

O percentual de gestação na adolescência tem apresentado redução significativa ao longo dos últimos anos, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A taxa de gravidez na adolescência, na faixa etária de 10 a 19 anos, diminuiu de 13,5% em 2015 para 6,4% em 2023. Apesar dessa redução, a gestação na adolescência permanece associada a maior risco de desfechos adversos, como o nascimento pré-termo, o que reforça a necessidade de facilitar o acesso das adolescentes grávidas aos serviços de saúde, bem como de sensibilizar a população quanto à importância do acompanhamento pré-natal.

No que se refere à cobertura do pré-natal, dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SINASC/DVS/SMS), indicam que, em 2024, 86% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. A análise dos últimos cinco anos evidencia um aumento progressivo dessa cobertura, passando de 81% em 2020 para 86% em 2024, o que representa um crescimento de seis pontos percentuais no período.

O coeficiente de mortalidade infantil é reconhecido internacionalmente como um dos indicadores mais sensíveis das condições de saúde de uma população, refletindo, de forma direta, a qualidade da assistência prestada no período pré-natal, no parto e no pós-natal. A mortalidade neonatal, correspondente aos óbitos ocorridos até o 27º dia de vida, apresenta maior impacto sobre a mortalidade infantil, sendo responsável por aproximadamente 75% do total de óbitos em menores de um ano. Esse período é particularmente influenciado pelo acesso oportuno aos serviços de saúde e pela qualidade da assistência obstétrica e neonatal.

Em Porto Alegre, os principais grupos de causas de óbitos infantis registrados em 2024 foram: feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, correspondendo a 55,4% dos casos, seguidos pelas malformações congênitas, responsáveis por 27,7% dos óbitos, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informação sobre Mortalidade, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SINASC e SIM/CGVS/PMPA).

Em relação à sífilis congênita, Porto Alegre ocupou, nos anos de 2021 e 2022, a primeira posição entre as capitais brasileiras com maior taxa de incidência. Entretanto, conforme o boletim epidemiológico mais recente, referente ao ano de 2023, o município apresentou expressiva redução desse indicador, deixando as primeiras posições do ranking nacional e registrando a menor taxa de sífilis congênita da última década. Tal resultado é atribuído aos esforços implementados pelo município para o aprimoramento do manejo da infecção em gestantes e para a eliminação da transmissão vertical.

3. TRANSCENDÊNCIA (gravidade do problema)

As mulheres são prioridade nas políticas públicas de saúde devido às suas especificidades sócio-biológicas, já que ações adequadas podem reduzir a morbimortalidade materno-infantil e melhorar os indicadores de saúde da população. O acompanhamento pré-natal é fundamental e envolve consultas regulares, orientação, educação, identificação precoce de riscos e tratamento de intercorrências, visando ao bem-estar da gestante, do bebê e da família. A capacitação das equipes de saúde e a qualificação da assistência ao parto, aliadas a um sistema de referência hospitalar eficiente, são determinantes para a redução da mortalidade materna e neonatal. As diretrizes buscam padronizar o atendimento com base em evidências científicas, garantindo qualidade, eficiência e vigilância dos riscos, com foco na identificação de gestantes de alto risco e no adequado acompanhamento das de baixo risco.

4 OBJETIVO

O presente protocolo tem como objetivo orientar os profissionais de saúde quanto à prestação de assistência qualificada, integral e humanizada às gestantes e puérperas, no âmbito da atenção à saúde da mulher. Abrange a saúde sexual e reprodutiva, a assistência ao pré-natal, o manejo das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, a avaliação do risco gestacional e os critérios para referência ao pré-natal de alto risco (PNAR) e à maternidade.

Evidências científicas demonstram que o acesso à assistência pré-natal constitui um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento (grau de recomendação B; ver Anexo A). Do mesmo modo, a realização adequada dos cuidados assistenciais ao longo dos trimestres gestacionais é reconhecida como um importante indicador da qualidade da assistência materna (grau de recomendação B; ver Anexo E).

A aplicação integral da rotina preconizada neste protocolo, com a realização de todas as consultas e exames programados, amplia a capacidade de identificação precoce de anormalidades e possibilita intervenções oportunas, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neonatal, da prematuridade e da transmissão vertical de sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatites.

São objetivos específicos do protocolo:

- a) garantir a vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto e para atendimentos de urgência, bem como incentivar e preparar para o parto normal, o aleitamento materno e os cuidados com o recém-nascido;
- b) qualificar e humanizar a assistência pré-natal no município;
- c) assegurar o acolhimento, o acesso e a vinculação de todas as gestantes e puérperas às unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS);
- d) promover a identificação precoce das gestantes de alto risco e o encaminhamento oportuno aos serviços de referência;
- e) garantir o início precoce da terapia antirretroviral em gestantes vivendo com HIV;
- f) assegurar o tratamento adequado das gestantes reagentes para sífilis,

incluindo a busca ativa das faltosas, com vistas à conclusão do tratamento;

g) realizar vigilância epidemiológica e busca ativa de gestantes faltosas;

h) garantir o preenchimento adequado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o envio das notificações à Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT);

i) promover a integração das ações de pré-natal com os demais programas de saúde;

j) assegurar a solicitação, a realização e a avaliação, em tempo oportuno, dos exames preconizados no atendimento pré-natal;

k) garantir os cuidados ao parceiro, incluindo consultas, exames e acesso à informação antes, durante e após a gestação, no âmbito do “pré-natal do parceiro”;

l) garantir o acesso à unidade de referência especializada, com estratificação contínua do risco gestacional ao longo de todo o pré-natal, assegurando o nível assistencial adequado;

m) promover o acompanhamento multiprofissional, assegurando consulta do binômio mãe-bebê até o quinto dia pós-parto, com antecipação da visita sempre que identificadas situações de risco durante a transição do cuidado; planejar as consultas de puerpério, preferencialmente em até 30 dias após o parto, incluindo a realização de teste rápido (TR) para HIV durante a amamentação, mesmo quando o exame já tiver sido realizado no estabelecimento onde ocorreu o parto.

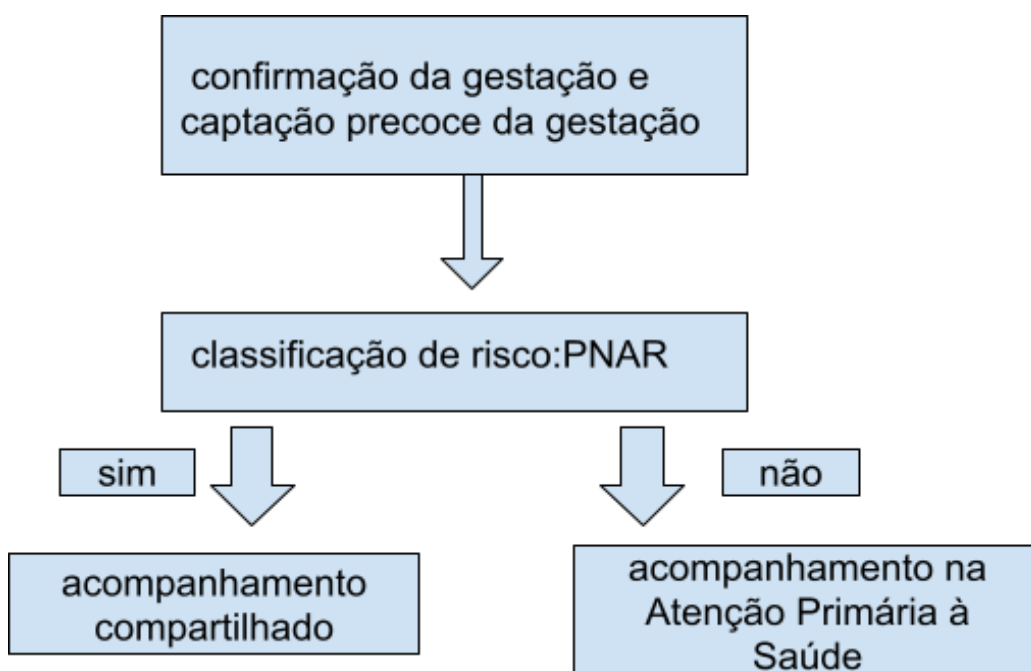
5 AVALIAÇÃO DO RISCO

É fundamental que a equipe de saúde conheça as gestantes e puérperas do território sob sua responsabilidade, realizando a estratificação contínua do risco gestacional e puerperal. Esse processo deve ocorrer em todas as consultas e permite identificar, de forma dinâmica, as mulheres que necessitam de cuidado imediato ou especializado, assegurando o manejo adequado conforme o nível de risco.

A estratificação de risco deve ser devidamente registrada no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante, garantindo a continuidade do cuidado e a adequada articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Estratificação de Risco em Gestantes

Fluxograma 1 - Estratificação de Risco



O Pré Natal de Risco Habitual na Atenção Primária à Saúde (APS), deve ser Reavaliado a cada Consulta

5.1 Pessoas Gestantes sem Fatores de Risco Identificados no Momento

As pessoas gestantes sem fatores de risco identificados no momento da avaliação inicial devem realizar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS), com reavaliação do risco gestacional em todas as consultas. Considera-se, para esse grupo, idade maior que 15 anos e menor que 40 anos.

Devem ser observados, com atenção especial, os seguintes fatores de vulnerabilidade biopsicossocial:

- a) insuficiência de apoio familiar;
- b) capacidade de autocuidado insuficiente;

- c) não aceitação da gestação;
- d) situação conjugal instável ou insegura;
- e) baixa escolaridade (menos de cinco anos de estudo);
- f) condições ambientais desfavoráveis;
- g) estatura inferior a 1,45 m;
- h) índice de massa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m² ou entre 30 kg/m² e 39 kg/m²;
- i) uso de medicamentos com potencial teratogênico;
- j) gestantes em situação de rua ou pertencentes a comunidades indígenas;
- k) gestantes negras ou quilombolas;
- l) gestantes com deficiência física ou mobilidade reduzida.

As gestantes que exercem atividades laborais com esforço físico excessivo, carga horária extensa ou rotativa, trabalho noturno ou exposição a agentes físicos (como frio intenso ou radiação), químicos (como poeiras e agrotóxicos) ou biológicos (contato permanente com pacientes ou animais) devem ser orientadas quanto aos seus direitos trabalhistas e às medidas de proteção à saúde.

Gestantes com transtornos mentais graves que demandem acompanhamento especializado, tais como psicoses, depressão grave ou transtorno bipolar, bem como aquelas com transtornos alimentares (como anorexia ou bulimia), etilismo ou tabagismo com indicativos de dependência, e uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas devem ser encaminhadas para a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo e-Multi, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros dispositivos pactuados da rede. A unidade de saúde deve manter o vínculo assistencial por meio de consultas regulares e visitas domiciliares, sempre que indicadas.

Gestantes com ganho ponderal inadequado, seja insuficiente ou excessivo, devem ser acompanhadas por profissionais de Nutrição, em regime de cuidado compartilhado. Nos casos de infecção do trato urinário, até duas ocorrências, ou de um episódio de pielonefrite, recomenda-se o agendamento de consultas em intervalos menores para monitoramento clínico. Gestantes com história de cirurgia uterina prévia, incluindo aquelas com duas ou mais cesarianas anteriores, devem

ser avaliadas por meio de anamnese e exame físico em todas as consultas na APS.

ATENÇÃO:

Gestação Resultante de Violência Sexual

A gestação em crianças e adolescentes com menos de 14 anos caracteriza-se legalmente como situação de estupro de vulnerável, independentemente de ter havido consentimento, ausência de violência ou de grave ameaça, ou de a vítima já ser sexualmente ativa. Nesses casos, é obrigatória, para os serviços de saúde, a notificação e a comunicação ao Conselho Tutelar.

Em situações de gestação resultante de estupro, em pessoas de qualquer idade, a interrupção legal da gestação é um direito garantido em lei e deve ser ofertada pelos profissionais de saúde. A Atenção Primária à Saúde deve conhecer a rede de atendimento às pessoas em situação de violência sexual e realizar o encaminhamento com a maior brevidade possível, assegurando acolhimento, sigilo e cuidado integral.

Pessoa gestante vivendo com HIV/Aids

- A terapia antirretroviral (TARV) poderá ser iniciada na gestante logo após a coleta dos exames, antes mesmo dos resultados de LTCD4+, CV-HIV e genotipagem (principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal), com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível.

6 ENCAMINHAMENTO AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO (PNAR)

O encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) deve seguir os critérios estabelecidos no [Manual Técnico de Gestão de Alto Risco do Ministério da Saúde](#), considerando a estratificação clínica, obstétrica, fetal e psicossocial, com garantia de continuidade do cuidado e manutenção do vínculo com a Atenção Primária à Saúde (APS).

6.1 Idade Inferior a 14 Anos

Casos de gestação em crianças e adolescentes com menos de 14 anos configuram estupro de vulnerável, conforme o art. 217-A do Código Penal. Nestas situações, é obrigatório o registro no **Sistema Sentinela**. A violência sexual constitui agravo de **notificação compulsória imediata**, devendo ser realizada em até 24 horas pelo profissional de saúde ou pelo responsável pelo serviço que prestar o primeiro atendimento.

Após a notificação compulsória, é obrigatória a comunicação ao **Conselho Tutelar**, conforme o art. 23 da Lei nº 14.344/2022 (Lei Henry Borel). Esses casos devem ser encaminhados aos serviços de referência, assegurando o acesso às informações sobre os direitos legais relacionados à interrupção da gestação. Caso haja opção pelo seguimento da gravidez, seja para permanência com o bebê ou para adoção, deve ser iniciado o acompanhamento em pré-natal de alto risco, com **encaminhamento via GERCON**, modalidade adolescência.

6.2 Idade Materna Igual ou Superior a 40 Anos

Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos devem ser encaminhadas ao PNAR em razão do maior risco de intercorrências maternas e fetais, conforme indicação decorrente da estratificação de risco.

6.3 Hipertensão Arterial

Devem ser encaminhadas ao PNAR as pessoas gestantes com:

- Diagnóstico de pré-eclâmpsia, após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica.

- Hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com: hipertensão grave (PA sistólica \geq 160 mmHg ou PA diastólica \geq 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou lesão em órgão-alvo (presença de proteinúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia);
- Hipertensão leve a moderada (PA sistólica \geq 140 a 159 mmHg ou PA diastólica \geq 90 a 109 mmHg) com uso de 2 ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou suspeita de hipertensão secundária; ou tabagismo; ou idade materna \geq 40 anos; ou diagnóstico de diabetes mellitus na gestação associada ou diabetes gestacional;
- Mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação ou pós-parto, entre outras).
- Hipertensão gestacional: em gestação atual (diagnóstico após 20ª semana), após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia; em gestação anterior.

6.4 Diabetes Mellitus

Devem ser encaminhadas ao PNAR as gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação ou com critérios diagnósticos de diabetes fora da gestação. As gestantes com diabetes mellitus gestacional (DMG) controlada apenas com manejo nutricional devem ser encaminhadas à Ginecologia Geral (ambulatório de especialidades), mantendo vínculo com a unidade de saúde de origem.

6.5 Anemias e Hemoglobinopatias

Encaminhar ao PNAR as gestantes com:

- a) hemoglobina \geq 8 g/dL e $<$ 11 g/dL sem resposta ao tratamento otimizado com sulfato ferroso;
- b) hemoglobina $<$ 10 g/dL em gestantes com história de cirurgia bariátrica;
- c) hemoglobina $<$ 8 g/dL, mesmo na ausência de sinais de gravidade;

d) suspeita ou diagnóstico de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e anemias hemolíticas.

6.6 Distúrbios da Tireoide

Encaminhar ao PNAR as gestantes com suspeita de tireotoxicose gestacional ou hipotireoidismo primário em uso de levotiroxina em dose superior a 2,5 mcg/kg/dia, sem controle laboratorial adequado.

6.7 Abortamento Recorrente

História de abortamento recorrente, caracterizado por duas ou mais perdas gestacionais espontâneas consecutivas, documentadas por ecografia ou exame histopatológico.

6.8 Suspeita de Síndrome Antifosfolípide

Encaminhar ao PNAR na presença de pelo menos um critério clínico, como trombose vascular ou morbidade obstétrica, incluindo óbito fetal inexplicado, parto prematuro associado a pré-eclâmpsia grave ou insuficiência placentária, ou abortamentos recorrentes com exclusão de causas cromossômicas.

6.9 Incompetência Istmo-Cervical

Encaminhar ao PNAR nos casos de suspeita ou diagnóstico de incompetência istmo-cervical, incluindo indicação de cerclagem, diagnóstico de colo curto (<2,5 cm antes de 24 semanas), perdas gestacionais no segundo trimestre ou parto prematuro extremo, ou dilatação cervical ≥ 1 cm sem atividade uterina.

6.10 Hepatites Virais

Gestantes com teste rápido positivo para hepatite B ou C devem ser encaminhadas à Gastroenterologia/Hepatites Virais para confirmação diagnóstica e manejo especializado.

6.11 Toxoplasmose (vide anexo E)

Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose na gestação requer notificação, tratamento imediato e encaminhamento ao PNAR.

6.12 Alterações do Líquido Amniótico

Encaminhar ao PNAR casos de oligodrâmnio (índice de líquido amniótico ≤ 5 cm ou bolsão < 2 cm) ou polidrâmnio (ILA ≥ 24 cm ou bolsão ≥ 8 cm), após avaliação em emergência obstétrica.

6.13 Alterações Fetais

Encaminhar ao PNAR os casos de crescimento intrauterino restrito, definidos por peso fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, após avaliação em emergência obstétrica.

6.14 Alterações Placentárias

Encaminhar ao PNAR nos casos de placenta prévia, placenta de inserção baixa após 28 semanas, suspeita ou diagnóstico de acretismo placentário, síndrome da banda amniótica ou identificação ecográfica de bandas amnióticas.

6.15 Encaminhamento ao Pré Natal de Medicina Fetal

Alterações fetais graves, malformações congênitas maiores, cardiopatias congênitas, marcadores ecográficos de cromossomopatias e condições com indicação de intervenção fetal ou neonatal devem ser encaminhadas ao pré-natal de Medicina Fetal, conforme protocolos específicos.

6.16 Isoimunização Rh ou por Anticorpos Irregulares

Encaminhar ao PNAR gestantes com histórico de isoimunização em gestação anterior, Coombs indireto positivo em qualquer título ou achados ecográficos sugestivos de anemia fetal.

6.17 Gemelaridade

Encaminhar ao PNAR gestantes com gemelaridade dicoriônica/diamniótica ou suspeita de restrição de crescimento fetal. Casos de gemelaridade

monocoriônica e/ou monoamniótica devem ser encaminhados ao PNAR com acompanhamento em Medicina Fetal.

6.18 Condições Maternas Associadas

Encaminhar ao PNAR gestantes com condições maternas graves, incluindo tromboembolismo venoso prévio, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, doenças hematológicas, neurológicas ou autoimunes, obesidade grau III, desnutrição grave, cirurgia bariátrica recente, histórico de múltiplas cesarianas, neoplasias malignas ativas ou suspeitas de câncer ginecológico ou mamário.

Gestantes com lesão de alto grau ou câncer de colo uterino diagnosticadas por citopatológico do colo do útero (encaminhar via Gercon pela agenda: Oncologia Geral).
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia anterior à gestação com BIRADS 4 e 5 (encaminhar através do Gercon para Oncologia Cirúrgica da mama).

7 SUSPEITA E CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ

O principal indicador do prognóstico materno-fetal é a assistência pré-natal de qualidade, com captação precoce da gestante para identificação de riscos e instituição oportuna do tratamento adequado. Quanto mais cedo ocorrer a suspeita e a confirmação da gestação, mais precocemente será possível direcionar a pessoa gestante para uma assistência apropriada.

O sinal mais frequentemente associado à suspeita de gravidez é o atraso menstrual. Outros sinais e sintomas, comuns ou específicos, podem estar presentes e contribuir para a confirmação do diagnóstico.

7.1 Sinais e Sintomas de Presunção

Os sinais e sintomas de presunção são inespecíficos e podem ocorrer em diversas outras condições, não sendo suficientes para o diagnóstico de gravidez. Incluem:

- a) náuseas e vômitos, sialorréia, alterações do apetite, aversão a odores, lipotimia, tonturas, aumento da frequência urinária, sonolência e alterações psíquicas, variáveis conforme a gestação seja planejada ou não;
- b) melasma facial, linha nigra e aumento do volume abdominal;
- c) modificações anatômicas, como aumento do volume das mamas, hipersensibilidade mamilar, presença de tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelos mamilos, coloração violácea da vulva e cianose vaginal e cervical.

7.2 Sinais de Probabilidade

Os sinais de probabilidade são mais sugestivos de gravidez, porém ainda não permitem confirmação diagnóstica. Destacam-se:

- a) amolecimento da cérvix uterina (sinal de Hegar), com aumento progressivo do volume uterino e alteração de sua forma, tornando-se globoso (sinal de Nobile-Budin);
- b) aumento da vascularização das paredes vaginais, com possível visualização da pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais.

Esses sinais tornam-se mais evidentes a partir da oitava semana de gestação.

7.3 Sinais de Certeza

Os sinais de certeza permitem a confirmação diagnóstica da gestação e incluem:

- a) diagnóstico laboratorial, por meio da identificação do hormônio gonadotrofina coriônica humana (β -HCG) na urina ou no sangue;
- b) presença dos batimentos cardíacos fetais, detectados por sonar a partir de aproximadamente 12 semanas de gestação;
- c) percepção dos movimentos fetais durante a consulta, geralmente entre 18 e 20 semanas de gestação;

Na ultrassonografia obstétrica, o saco gestacional pode ser visualizado por via transvaginal a partir de 4 a 5 semanas e a atividade cardíaca embrionária pode ser identificada por volta da sexta semana.

8 RECOMENDAÇÕES QUANTO AO DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico da gravidez pode ser realizado, na maioria dos casos, por meio da avaliação clínica, considerando sinais, sintomas e exame físico, especialmente em gestações mais avançadas, sendo o atraso menstrual o principal indicativo inicial.

O diagnóstico laboratorial baseia-se na detecção do β -HCG urinário ou sérico. Os testes urinários são práticos e possibilitam identificação precoce da gestação, enquanto os testes séricos apresentam maior sensibilidade. O radioimunoensaio do β -HCG sérico, embora de maior custo, é o método mais sensível e deve ser utilizado nos casos de atraso menstrual persistente com resultados negativos em testes rápidos.

Durante o atendimento, recomenda-se:

- a) acolher a pessoa gestante e avaliar o risco de abortamento inseguro;
- b) orientar sobre as situações em que a interrupção da gestação é permitida por lei;
- c) esclarecer que práticas abortivas inseguras podem resultar em complicações graves, como hemorragias, perfuração uterina e choque séptico;
- d) assegurar o planejamento familiar nos casos de abortamento, com vistas à prevenção de nova gestação não planejada.

9 RECOMENDAÇÕES QUANTO AO ROTEIRO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL (vide Anexo A)

O acesso à assistência pré-natal, realizada por médico ou enfermeiro, constitui um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento. A gestante tem direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante as consultas, sendo a participação do parceiro ou parceria afetiva, especialmente na primeira consulta, um fator que qualifica, fortalece e humaniza o cuidado.

O roteiro das consultas de pré-natal deve seguir as recomendações estabelecidas neste protocolo, conforme apresentado no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Roteiro das consultas de pré-natal

Captação precoce	Sendo a 1ª consulta até a 12ª semana de gestação realizada pelo profissional com agenda disponível independente de ser pela equipe médica ou enfermagem cadastro da paciente como gestante no sistema e-SUS fornecer carteira de gestante
2ª consulta	2 a 3 semanas após a primeira consulta
Até a 28ª semana	Realizadas consultas mensais, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermagem, conforme a estratificação de risco a periodicidade pode ser modificada
Entre a 28ª e a 36ª semana	É indicado uma consulta a cada duas semanas, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermagem, conforme estratificação de risco, com possibilidade de interconsultas

<p style="text-align: center;">A partir da 36^a semana até a 41^a semana</p>	<p>Consultas semanais até o parto, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermagem, conforme estratificação de risco, com possibilidade de interconsultas; com encaminhamento para a maternidade de referência na 41^a semana para avaliação e conduta</p>
---	---

Atenção ao pré-natal de baixo risco. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013:318p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Gestantes com algum fator de risco devem ter a frequência das consultas individualizada, conforme a estratificação clínica e obstétrica.

Deve-se ofertar ao parceiro ou parceira, preferencialmente, pelo menos uma consulta individual durante o pré-natal, com o objetivo de favorecer seu envolvimento no cuidado à gestante e, posteriormente, à criança. Essa consulta deve possibilitar a realização de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C, além de estimular a participação nas consultas de pré-natal, a criação de vínculos afetivos, orientações sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido.

Recomenda-se que a unidade de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) realize o monitoramento contínuo das gestantes do território, a fim de identificar e realizar a busca ativa das gestantes faltosas, incluindo a realização de visitas domiciliares quando indicadas.

Não deve haver alta do pré-natal durante a gestação, sendo esta considerada apenas após a realização das consultas de puerpério.

Deve ser garantida a realização de consulta odontológica, preferencialmente no primeiro trimestre da gestação, com avaliação da saúde bucal, identificação da necessidade e da possibilidade de tratamento, respeitando os cuidados indicados para cada período gestacional. Devem ser priorizadas práticas preventivas, como controle de placa, garantindo conforto à gestante e continuidade do cuidado após a gestação. Também deve ser assegurado o atendimento às intercorrências e urgências odontológicas, com encaminhamento para serviços de maior complexidade quando necessário.

A mulher e seu parceiro ou parceira devem ser orientados quanto a hábitos alimentares saudáveis e práticas adequadas de higiene bucal.

Ressalta-se que, ao encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco, esta deve manter-se vinculada à APS, sendo esse acompanhamento fundamental para a continuidade e a qualidade da assistência pré-natal.

As consultas de puerpério devem ser previamente informadas à gestante ainda durante as consultas finais do pré-natal, contemplando o retorno do binômio mãe-bebê à unidade de saúde de referência entre o 3º e o 5º dia pós-parto, ou até o 3º dia nos casos de recém-nascidos de risco, bem como a consulta de retorno entre 30 e 45 dias após o parto. As unidades de saúde devem priorizar o atendimento do binômio no retorno da maternidade.

Não existe alta do pré-natal antes do parto. Caso o parto não ocorra até 41 semanas de gestação, a gestante deve ser encaminhada à unidade de referência para avaliação do bem-estar fetal e definição da conduta obstétrica.

A Caderneta da Gestante constitui o principal instrumento educativo do pré-natal e deve ser utilizada em todas as consultas, permitindo o acompanhamento da gestação pela mulher e sua família. As informações referentes às consultas, exames e evolução gestacional devem estar devidamente registradas no prontuário. A busca ativa de gestantes, especialmente das faltosas, é fundamental para o início precoce e a realização integral do pré-natal, sendo a qualidade da gestação e seus desfechos responsabilidade das equipes de saúde.

Atenção: deve-se registrar em destaque, na Caderneta da Gestante, o resultado do exame para *Streptococcus* do grupo B, realizado por meio de swab vaginal e anal a partir do terceiro trimestre da gestação.

10 PLANO DE PARTO

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante durante o acompanhamento pré-natal, com a finalidade de registrar suas preferências, desejos e expectativas em relação ao parto e ao nascimento. Podem constar no plano aspectos como a presença de acompanhante, o tipo de parto, os métodos de alívio da dor, a alimentação durante o trabalho de parto, a posição para o nascimento, o momento do clameamento do cordão umbilical e os cuidados imediatos com o recém-nascido, incluindo o banho tardio.

Após sua elaboração, o plano de parto deve ser impresso e apresentado à equipe perinatal da maternidade de referência. A gestante deve ser orientada de que, em situações de risco, o plano poderá não ser seguido integralmente, sendo priorizada a segurança materna e neonatal.

11 A DIVERSIDADE DE GÊNERO NO PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal deve respeitar a diversidade de gênero e promover um cuidado inclusivo, ético e humanizado. Recomenda-se:

- a) perguntar à pessoa gestante como prefere ser chamada;
- b) não presumir a existência de parceiro ou parceira;
- c) reconhecer que homens trans também podem engravidar;
- d) criar um ambiente seguro e acolhedor, favorecendo o fortalecimento do vínculo;
- e) evitar suposições sobre identidade de gênero ou orientação sexual;
- f) respeitar o nome social;
- g) considerar a necessidade de acompanhamento multiprofissional;
- h) dialogar com homens trans sobre hormonização e sobre a opção de

suspendê-la durante a gestação;

i) assegurar que a equipe esteja capacitada e preparada para o acolhimento da população LGBTQIAPN+.

O uso de testosterona é contraindicado na gestação e na amamentação.

[Evidência científica sobre experiências de homens transexuais grávidos](#)

12 PRÉ-NATAL DAS PARCERIAS

O pré-natal das parcerias constitui uma estratégia fundamental para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil, devendo ser incorporado de forma sistemática ao cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS). Sua implementação visa fortalecer o vínculo entre a gestante, sua parceria e a equipe de saúde, promovendo corresponsabilização, apoio emocional e participação ativa no processo gestacional, no parto, no puerpério e nos cuidados com o recém-nascido.

Durante o acompanhamento pré-natal, deve-se estimular a presença da parceria nas consultas, respeitando as diferentes configurações familiares e identidades de gênero. A participação da parceria contribui para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, para a promoção do cuidado compartilhado e para a adoção de práticas de saúde mais seguras.

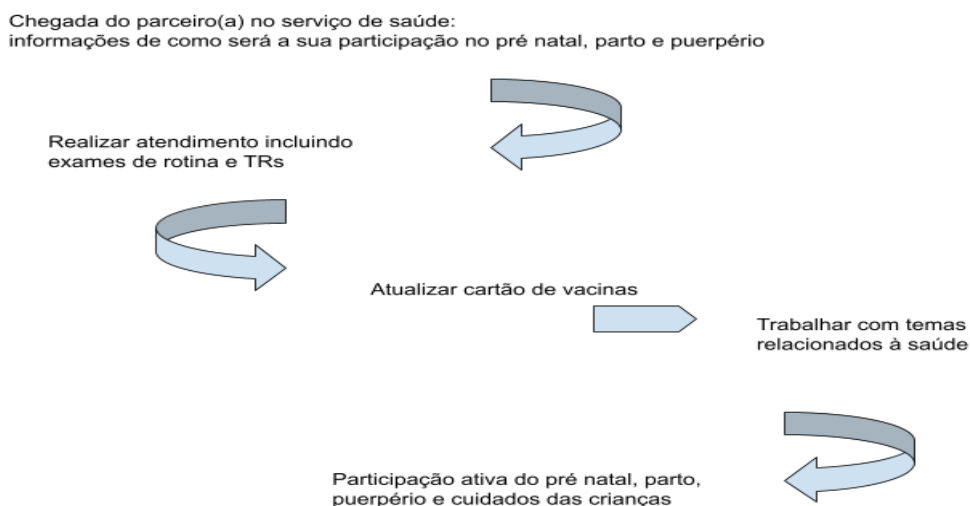
Deve ser ofertada, preferencialmente, pelo menos uma consulta individual à parceria, com abordagem integral de saúde, contemplando acolhimento, escuta qualificada, orientações sobre a gestação, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido. Nessa consulta, recomenda-se a realização de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C, conforme protocolos vigentes, bem como a atualização do esquema vacinal, quando indicado.

O pré-natal das parcerias também deve abordar temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, paternidade ou coparentalidade responsável, direitos reprodutivos e fortalecimento dos vínculos afetivos.

Cabe à equipe de saúde assegurar um ambiente acolhedor, livre de discriminação, respeitando o nome social, a identidade de gênero e as escolhas da gestante e de sua parceria. A adesão da parceria ao pré-natal deve ser registrada em prontuário, compondo o acompanhamento longitudinal da família.

A efetivação do pré-natal das parcerias contribui para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais, para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde e para o fortalecimento das redes de apoio à gestante e à criança, alinhando-se aos princípios da equidade, integralidade e humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fluxograma 2 - Pré-Natal do Parceiro



Durante o acompanhamento pré-natal, deve-se identificar, em conjunto com a gestante, a pessoa por ela escolhida para participar do parto, bem como esclarecer ao casal o direito à presença de acompanhante de livre escolha, conforme a legislação vigente.

O atendimento do parceiro ou da parceria no pré-natal deve ser devidamente registrado no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante,

compondo o acompanhamento longitudinal da família.

A oferta do pré-natal do parceiro deve ser compreendida como uma estratégia de acolhimento e como porta de entrada desse cidadão na Unidade de Saúde, possibilitando o acesso às ações de promoção, prevenção e cuidado integral à saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pré natal do parceiro(a) com acolhimento e:

- oferta dos testes rápidos,
- verificação da carteira de vacinas
- incentivo à participação nas consultas e participação na hora do parto
- hemograma
- HDL,LDL,colesterol total,triglicerídeos
- dosagem de glicose
- eletroforese da HB
- aferição da pressão arterial
- verificação de peso e cálculo do IMC

Registrar consulta no prontuário **PRÓPRIO** deste cidadão no e-SUS

13 ATIVIDADE SEXUAL NA GESTAÇÃO

As relações sexuais durante a gestação, inclusive no terceiro trimestre, não representam risco para a gestação e não estão associadas ao aumento da prematuridade ou da mortalidade perinatal. Contudo, deve-se considerar o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), as quais podem comprometer a evolução da gestação e ser transmitidas verticalmente, aumentando a morbimortalidade materna e fetal.

Dessa forma, a equipe de saúde deve abordar a saúde sexual da gestante e de suas parcerias ao longo do pré-natal, do parto e do puerpério, com foco na identificação de práticas sexuais e na oferta de estratégias de prevenção combinada.

Contraindicações às relações sexuais na gestação:

- a) sangramento vaginal sem causa definida
- b) dilatação prematura do colo uterino;
- c) placenta prévia, quando a placenta cobre parcial ou totalmente o colo do útero;
- d) histórico de parto prematuro.

14 LEI DO DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO

A Lei Federal nº 14.737, de 27 de novembro de 2023, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O acompanhante é escolhido livremente pela mulher, sendo maior de idade, independentemente de sexo ou identidade de gênero. O direito à presença de acompanhante estende-se a consultas, exames e procedimentos realizados em serviços de saúde públicos ou privados, não sendo exigida notificação prévia

Todas as unidades de saúde devem manter aviso visível informando sobre o direito ao acompanhante, conforme previsto em lei.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114737.htm

15 ROTEIRO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

15.1 Anamnese

Pesquisar condições de risco, incluindo doenças prévias, passado obstétrico, antecedentes familiares, doenças e anormalidades atuais, em todas as consultas.

Na primeira consulta de pré-natal, devem ser investigados os seguintes componentes da história clínica (grau de recomendação D; ver Anexo E):

- Data precisa da última menstruação;
- Regularidade dos ciclos menstruais;
- Uso prévio de métodos contraceptivos;
- Paridade;
- Intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas;
- Detalhes de gestações anteriores;
- Hospitalizações prévias;

- Uso contínuo ou recente de medicamentos;
- Histórico de infecções sexualmente transmissíveis;
- Exposição ambiental ou ocupacional de risco;
- Reações alérgicas;
- História pessoal ou familiar de doenças hereditárias ou malformações;
- Gemelaridade prévia;
- Prematuridade em gestações anteriores;
- Condições socioeconômicas;
- Atividade sexual;
- Uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas;
- Histórico de doenças infecciosas;
- Situação vacinal;
- Histórico de violências e aceitabilidade da gestação.

Na investigação de sintomas relacionados à gravidez, devem ser questionados: náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação intestinal, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas (grau de recomendação D; ver Anexo E).

Ouvir atentamente as queixas e os relatos da gestante quanto à sua percepção atual de saúde, valorizando sempre suas manifestações e avaliando sinais de alerta para intercorrências clínicas ou obstétricas, independentemente da gravidade.

Avaliar o ambiente doméstico, incluindo investigação sistemática de situações de violência doméstica ou sexual por parte do parceiro ou parceria.

Pesquisar histórico pessoal e familiar de tromboembolismo venoso (TEV), tromboembolismo pulmonar (TEP) e trombofilias.

Atenção ao mau passado obstétrico: suspeitar de Síndrome Antifosfolípide (SAF) nas seguintes situações:

- Uma ou mais mortes fetais inexplicadas de fetos morfologicamente normais, após a 10^a semana de gestação;
- Um ou mais partos prematuros de neonatos morfologicamente normais antes da 34^a semana, decorrentes de eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave ou insuficiência placentária;
- Três ou mais abortos espontâneos precoces (<10 semanas), consecutivos e inexplicados, após exclusão de causas anatômicas, hormonais e cromossômicas.

Pesquisar sintomas respiratórios e sistêmicos compatíveis com infecção por COVID-19 nos últimos 14 dias, incluindo tosse, dor de garganta, coriza, mialgia, alterações do olfato ou paladar, calafrios, diarreia e contato com casos suspeitos ou confirmados (ver Anexo L).

Investigar histórico de disfunções da tireoide.

15.2 Exame Clínico Geral

- Avaliar sinais de anemia, edemas, arritmias cardíacas e outras anormalidades sugestivas de doenças associadas;
- Verificar peso, pressão arterial e calcular o índice de massa corporal (IMC), considerando os padrões de normalidade para gestantes, o ganho ponderal mensal e os riscos associados à obesidade;
- Realizar a medição da altura uterina, avaliar a presença de dinâmica uterina e proceder à ausculta dos batimentos cardíacos, conforme a idade gestacional.

15.3 Exame Físico

Exame das mamas:

Deve ser realizado em todas as gestantes, independentemente da idade gestacional, com o objetivo de identificar nódulos palpáveis, alterações em aréolas e mamilos e condições que possam interferir na amamentação. Na presença de achados suspeitos para câncer de mama, a gestante deve ser encaminhada à Atenção Especializada (ginecologia/mastologia), com descrição clínica detalhada.

Exame dos genitais externos e exame especular:

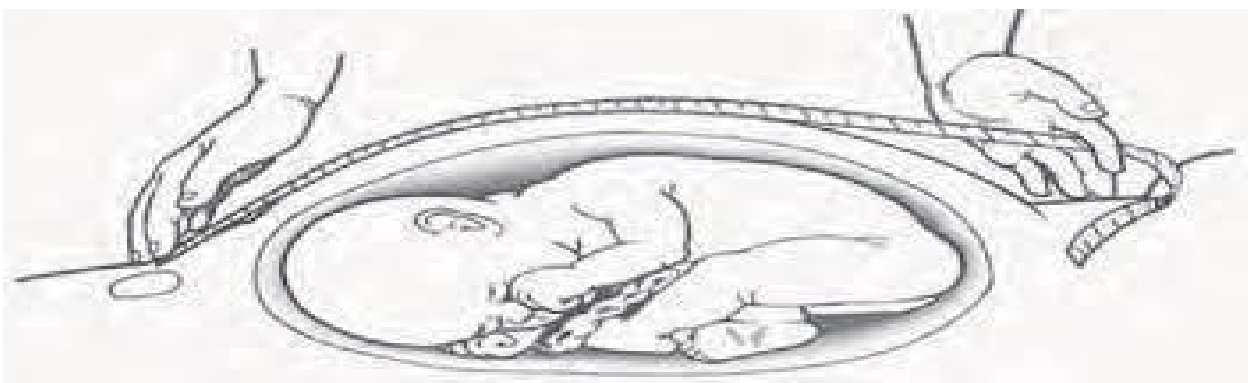
Obrigatório na primeira consulta e no terceiro trimestre, ou sempre que houver queixas como sangramento, secreção vaginal, prurido, verrugas, dor ou ardor vulvar ou vaginal. O objetivo é identificar infecções que possam favorecer o parto prematuro.

Durante o pré-natal, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, ao toque bidigital, o útero e os anexos. A partir da 12^a semana de gestação, recomenda-se a mensuração da altura do fundo uterino, a ausculta dos batimentos cardíofetais e a avaliação da presença de contrações uterinas. A partir da 18^a semana, deve-se investigar a percepção dos movimentos fetais.

O toque vaginal deve ser realizado conforme o histórico clínico e as queixas da gestante, respeitando contraindicações, como placenta prévia, ruptura de membranas ou tratamento de trabalho de parto prematuro.

A mensuração da altura do fundo uterino deve ser realizada com a gestante em decúbito dorsal, utilizando técnica adequada para identificação da sínfise púbica e do fundo uterino, com registro do valor em centímetros e da idade gestacional na Caderneta da Gestante.

A definição da apresentação fetal deve ser realizada por volta da 36^a semana de gestação (grau de recomendação D; ver Anexo E).



O exame de toque, em todas as consultas, não prevê com exatidão a idade gestacional, nem prediz trabalho de parto prematuro ou desproporção cefalopélvica, portanto, não é recomendado de rotina [recomendação B-anexo A].

Cada caso deve ser individualizado, sempre considerando a clínica da paciente e a história obstétrica prévia, como partos prematuros anteriores (recomendação D; ver anexo E).

Quadro 2 - Exame físico na avaliação do Pré-Natal

<p>Exame físico geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso, altura, índice de massa corpórea; registro no gráfico de ganho ponderal; • Pulso, pressão arterial e presença de edema; • Sistema tegumentar (presença de alterações na pele), mucosa ocular, presença de varizes nos membros inferiores, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar, palpação da tireóide, avaliação do aparelho locomotor (ênfase na coluna e nos joelhos), cavidade oral (conservação dentária e gengivas) e palpação abdominal. <p>Exame físico gineco-obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame das mamas: inspeção estática e dinâmica; palpação das glândulas mamárias, segmento axilar e axila; expressão mamária; identificação de proliferação das glândulas, aumento do volume, edema, vasodilatação (rede venosa de Haller), aumento da pigmentação da aréola primária, aparecimento da aréola secundária, hipertrofia das glândulas sebáceas do mamilo (tubérculos de Montgomery), inversão de mamilos; • Exame pélvico: inspeção genital (malformações, rupturas, cicatrizes, alterações da coloração, lesões vegetantes e ulceração), do perineo e região anal; exame com espéculo vaginal (paredes vaginais, características físicas do conteúdo vaginal, colo uterino, presença de lesões como pólipos ou outras potencialmente sangrantes) • Coleta do exame citopatológico, se necessário <p>Exame físico obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção, palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (a partir da 12ª semana) e registro do valor exato do número de BCF/min; alterações da coloração (linha nigra), estrias, cicatrizes, tensão (polidrâmnio) e outras alterações; • Toque vaginal, se necessário. <p>(FEBRASGO)</p>
--

15.4 Orientações para o Monitoramento do Ganho de Peso Gestacional

O monitoramento do ganho de peso durante a gestação é fundamental para a identificação precoce de riscos maternos e fetais, devendo ser realizado de forma sistemática em todas as consultas de pré-natal.

Devem ser observadas as seguintes orientações:

- Calcular o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional;
- Classificar o IMC pré-gestacional de acordo com a tabela de referência vigente, utilizando, preferencialmente, o peso pré-gestacional ou, na sua ausência, o peso aferido no início da gestação;
- Registrar o IMC e a classificação correspondente na Caderneta da Gestante e no prontuário clínico;
- Acompanhar o ganho de peso gestacional em todas as consultas, considerando a idade gestacional e a classificação inicial do IMC;

e) Orientar a gestante quanto à importância do ganho de peso adequado, conforme sua classificação nutricional, reforçando hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física segura, quando não houver contraindicações;

f) Identificar precocemente desvios do ganho de peso recomendado, tanto o ganho excessivo quanto o insuficiente, adotando medidas de orientação nutricional e, quando necessário, encaminhamento para acompanhamento especializado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso pré-gestacional (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

A aferição do peso deve ser realizada com a gestante utilizando o mínimo de vestuário possível, descalça, em posição ortostática, no centro da balança, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.

O ganho de peso gestacional deve ser acompanhado de acordo com o quadro apresentado a seguir, considerando a classificação do índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e a idade gestacional, conforme recomendações vigentes.

IMC pré-gestacional	Classificação do IMC pré-gestacional	Ganho de peso acumulado por semestre		
		Até 13 semanas	Até 27 semanas	Até 40 semanas
<18,5	Baixo Peso	0,2 a 1,2	5,6 a 7,2	9,7 a 12,2
entre 18,5 e 25	Eutrofia	- 1,8 a 0,7	3,1 a 6,3	8,0 a 12,0
entre 25 e 30	Sobrepeso	-1,6 a -0,05	2,3 a 3,7	7,0 a 9,0
> 30	Obesidade	-1,6 a -0,05	1,12 a 2,7	5,0 a 7,2

As curvas de ganho de peso gestacional, de acordo com o IMC pré-gestacional, estão disponíveis no QR Code ao lado:

Para saber mais, acesse o **Guia Alimentar para a população brasileira**



16 PACIENTES PÓS-BARIÁTRICAS

Na anamnese devem constar os dados sobre:

- Doenças associadas à obesidade diagnosticadas antes da cirurgia;
- Tipo de cirurgia bariátrica (restritiva, mista ou disabsortiva);
- Complicações cirúrgicas;
- Tempo decorrido entre a cirurgia bariátrica e a gestação;
- Peso antes da cirurgia bariátrica e peso pré-gestação (IMC pré-gestação);
- Perda de peso após a cirurgia e tempo;
- Histórico alimentar (histórico de compulsão alimentar, dumping, picamalácia ou intolerância à lactose; avaliação da ingestão proteica);
- Sintomas de anemia ou de neuropatia;
- Sintomas dispépticos e hábitos intestinais;
- Avaliação da exposição ao sol e da ingestão de cálcio;
- Avaliação de aspectos psicossociais;
- Consumo de álcool;
- Atividade física;
- Medicações em uso (antes e durante a gestação).

[Implicações nutricionais da gravidez após a cirurgia de bypass gástrico: uma revisão da literatura](#)

Exames Laboratoriais Acrescidos para o PN de Pacientes Bariátricas

- Ferro sérico
- TSH
- Cálcio
- 25 OH vitamina D
- Vitamina B12
- Proteínas totais e albumina

A gestação após cirurgia bariátrica, especialmente o bypass gástrico, pode acarretar implicações nutricionais relevantes, conforme evidenciado em revisões

da literatura, exigindo acompanhamento clínico e nutricional rigoroso ao longo do pré-natal.

Suplementações para pacientes pós bariátricas:

Ácido fólico: 5mg/dia até 12 semanas de gestação

Suplementação de Ferro: de 150- 200mg Ferro elementar - sulfato ferroso 40mg - 4 comprimidos ao dia

(sugestão: 02 comp via oral 1 hora antes do almoço e 02 comp via oral 1 hora antes do jantar)

As diretrizes sugerem a ingestão de 1.200 a 1.500mg de Cálcio elementar por dia em doses divididas em conjunto com o monitoramento dos níveis de vitamina D para garantir a ingestão e absorção adequada

(sugestão: Carbonato de Cálcio 1.500mg (equivalente a 600mg de cálcio elementar) + colecalciferol 400UI comprimido)

17 CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

A idade gestacional corresponde ao tempo de duração da gravidez, expresso em semanas completas, calculado a partir do primeiro dia da data da última menstruação (DUM).

O conhecimento da DUM é fundamental para a correta estimativa da idade gestacional, uma vez que, na prática clínica, não é possível determinar com precisão o momento da ovulação ou da fecundação. Dessa forma, a DUM constitui o principal parâmetro para o acompanhamento da evolução gestacional, a interpretação de exames, a avaliação do crescimento fetal e o planejamento das condutas assistenciais ao longo do pré-natal.

Se a gestante não sabe a DUM

Presumir a IG considerado a altura do fundo do útero, o toque vaginal e a data de início dos movimento fetais:

Semana -> Mudança clínica

Até a 6^os não ocorre alteração do tamanho uterino

8^os: útero corresponde ao dobro do tamanho normal

10^os: o útero corresponde a 3 vezes o tamanho habitual

12^os: o útero enche a pelve, sendo palpável na sínfise púbica

16^os: o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a

cicatriz umbilical 20^os: o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical folato

A partir da 20^o semana

Existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; este

parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30^o semana de idade gestacional.

Calcular por meio da ultrassonografia obstétrica para a primeira datação e manter esta IG como referência para cálculos futuros.

18 EXAMES COMPLEMENTARES E ORIENTAÇÕES

(vide anexo C)

18.1 Primeira Consulta ou Primeiro Trimestre

Quando a gestante não é captada precocemente, os exames complementares devem ser solicitados na primeira oportunidade de contato com o serviço de saúde. É imprescindível que a gestante seja informada quanto à finalidade de cada exame, visando à proteção da saúde materna e fetal.

Todos os resultados devem ser registrados de forma clara, legível e precisa na Caderneta da Gestante e no prontuário eletrônico. A situação vacinal deve ser avaliada e atualizada conforme o calendário vigente, respeitando-se as contraindicações específicas da gestação, especialmente para vacinas de vírus vivos atenuados, como a tríplice viral, a vacina contra varicela e a vacina contra o HPV, que devem ser administradas no período puerperal.

A vacina contra febre amarela é, de modo geral, contraindicada durante a gestação e a amamentação, devendo sua indicação ser avaliada individualmente, considerando risco epidemiológico.

18.2 Orientação Nutricional

Folatos:

Deve-se incentivar o consumo diário de alimentos fonte de folato, independentemente da suplementação de ácido fólico. O folato está presente em verduras, legumes e frutas, tais como couve-flor, brócolis, beterraba, mamão, laranja, folhas verde-escuras, quiabo, cogumelos, abacate, aspargos e castanhas.

Mulheres que planejam engravidar devem ser orientadas quanto aos benefícios do consumo alimentar de folato e da suplementação de ácido fólico. Todas as mulheres em idade reprodutiva devem receber suplementação de ácido fólico no período periconcepcional, preferencialmente iniciada pelo menos um mês antes da concepção, com o objetivo de prevenir defeitos do tubo neural (DTN).

Para gestantes com elevada ingestão diária de cafeína (superior a 300 mg/dia), recomenda-se a redução do consumo durante a gravidez, a fim de minimizar o risco de aborto espontâneo e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Devem ser consideradas todas as fontes de cafeína, incluindo café, chás, refrigerantes à base de cola e bebidas energéticas.

18.3 Profilaxias Instituídas a partir da Primeira Consulta

18.3.1 Uso de ácido fólico na prevenção dos defeitos abertos do tubo neural

A suplementação de ácido fólico é reconhecida como medida eficaz na redução da ocorrência e da recorrência dos defeitos do tubo neural (DTN), os quais decorrem do fechamento incompleto do tubo neural embrionário, processo que ocorre, em geral, até a sexta semana de gestação. Entre os principais DTN destacam-se a anencefalia, a mielomeningocele e a espinha bífida.

O folato, ou vitamina B9, é uma vitamina essencial presente naturalmente em folhas verdes, legumes, gema de ovo, fígado e frutas cítricas, além de alimentos fortificados, como farinhas de trigo e de milho, e na forma sintética em suplementos. A suplementação com ácido fólico, metilfolato e a fortificação de farináceos contribuíram para a redução da prevalência de DTN de 10,7 para 7,0 casos por 10.000 nascidos vivos.

O ácido fólico é recomendado nas seguintes doses:

- 0,4 mg/dia (equivalente a 40 gotas da solução de 0,2 mg/mL), para gestantes com baixo risco para defeitos do fechamento do tubo neural, iniciando-se pelo menos um mês antes da concepção e mantendo-se até a

12ª semana de gestação.

- [Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural](#)

Baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural	0,4 mg/dia - 40 gotas ou 2 mL da solução 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional *
---	--	--

* para as gestações planejadas, caso contrário, assim que a gestante iniciar o pré natal

- **INTRODUÇÃO de 5,0 mg/dia** para gestantes com **alto risco** para defeitos de fechamento de tubo neural

Pós bariátrica	5mg/dia	1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional *
Pós bariátrica com diabetes mellitus ou obesidade	5mg/dia	1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional*
Anemia megaloblástica	5 mg até as 12 semanas 0,4 a 0,8 mg/dia - 2 mL(40 gotas) ou 4 mL (80 gotas) da solução 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até o final da gestação *
Doença falciforme	5mg/dia	1 mês antes da gravidez até o final da gestação*
Diabetes mellitus	5mg/dia	até as 12 semanas
Uso De Drogas Epiléticas	5mg/dia	pelo menos três meses antes da concepção até o final da gestação*

Trombofilias Adquiridas	5mg/dia	1 mês antes da gestação até o final da gestação *
Alcoolismo	5 mg até as 12 semanas 0,4 a 0,8 mg/dia - 2 mL(40 gotas) ou 4 mL (80 gotas) da solução 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até o final da gestação *

* para as gestações planejadas, caso contrário, assim que a gestante iniciar o pré natal

Na lista da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) as apresentações de ácido fólico que se encontram disponíveis são de comprimidos de 5mg e **solução oral de 0,2mg/ml com frascos de 30 ml**. Devem ser administrados 2 ml (400mcg ou 0,4 mg) ao dia.

18.3.2 Suplementação Profilática:

Sulfato Ferroso:

Sulfato Ferroso 40 mg (ferro elementar 40 mg)	via oral, 1 hora antes do almoço	desde o reconhecimento da gestação até o 3º mês pós parto.
--	----------------------------------	--

Carbonato de Cálcio 1000 mg (todas as gestantes)

Carbonato de Cálcio 1.250 mg (equivalente a 500 mg de cálcio elementar) - 2	a partir da 12º semana de gestação até o final da gestação para	Recomenda-se a administração antes de dormir ou pela
--	--	--

COMPRIMIDOS	todas as gestantes	manhã, sempre com a ingestão de algum 18.3.3 Profilaxias Após as 12 Semanas alimento. Deve ser tomado separado do ferro (intervalo de pelo menos 2 horas)
--------------------	---------------------------	--

Ácido Acetilsalicílico (AAS 100 mg)

Para pacientes com alto risco de pré-eclâmpsia (PE):

- Histórico de em gestações anteriores de PE,
- Eclâmpsia ou síndrome de HELLP,
- Gemelaridade,
- Has crônica,
- Diabetes prévia,
- Doença renal,
- Doença auto imune ou outros fatores que podem aumentar o risco de pré-eclâmpsia:

Ácido Acetilsalicílico 100 mg	01 comprimido via oral 1x ao dia após o jantar	entre a 12 ^a e a 14 ^a semana (podendo ser introduzido até as 20 semanas), até às 36 semanas, continuamente
--	---	--

18.4 EXAMES

18.4.1- Testes Rápidos

Quadro 3 - Testes rápidos na gestação

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Maternidade
TR HIV	x	x	x	x
TR SÍFILIS	x	x	x	x
TR HEPATITE B	x		x	x
TR HEPATITE C	x		x (para as pacientes HIV+)	x

CAIST/DAPS

As testagens devem ser repetidas sempre que houver situação de exposição de risco.

Em gestantes vivendo com HIV, deve ser realizado o teste rápido (TR) para hepatite C também no terceiro trimestre, com solicitação concomitante da dosagem de carga viral. Independentemente da disponibilidade do resultado da carga viral, a gestante deve ser encaminhada para a especialidade de Gastroenterologia/Hepatites por meio do sistema GERCON.

Observação: Após o nascimento, o recém-nascido deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade de Gastroenterologia – Hepatites Pediátricas.

Teste Rápido Reagente para Sífilis

Quando o teste rápido para sífilis apresentar resultado reagente, deve-se considerar que, em gestantes com histórico de tratamento prévio para sífilis antes da gestação, o teste rápido pode permanecer positivo. Nessas situações, deve-se iniciar o tratamento até que a gestante apresente o resultado do exame não treponêmico (VDRL).

- **VDRL negativo:** suspender o tratamento.
- **VDRL positivo:** manter ou completar o esquema terapêutico conforme protocolo.

Tratamento da Sífilis na Gestação

Na gestação, o tratamento deve ser realizado, preferencialmente, como sífilis latente tardia, em virtude da dificuldade de determinar com precisão o tempo de infecção. O esquema recomendado é:

- **Penicilina benzatina**, totalizando **7.200.000 UI**, administrada em **três doses de 2.400.000 UI**, com intervalo de **sete dias** entre as doses, sendo aplicada **1.200.000 UI em cada nádega** por dose.

O intervalo entre as doses não deve ultrapassar nove dias. Caso esse intervalo seja excedido, o tratamento deve ser reiniciado desde o início.

O(s) parceiro(s) sexual(is) deve(m) ser sempre testado(s) e tratado(s) adequadamente, conforme o resultado dos exames, independentemente da presença de sintomas.

É obrigatória a notificação da sífilis em formulário específico do sistema de vigilância epidemiológica. O tratamento realizado deve ser devidamente registrado na Caderneta da Gestante e no prontuário eletrônico.

Teste rápido negativo	Repetir exame no 2º e 3º trimestre e no momento do parto e em caso de abortamento.
-----------------------	--

Teste rápido para HIV (com aconselhamento):

Gestantes com resultado negativo no primeiro trimestre devem repetir o teste no início do segundo e do terceiro trimestres. O resultado positivo implica encaminhamento imediato ao pré-natal de alto risco. É obrigatória a notificação de todas as gestantes vivendo com HIV por meio do formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As gestantes HIV positivas devem ser inseridas no pré-natal específico para HIV no sistema GERCON, mantendo-se, simultaneamente, o acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Anexo M.

Teste rápido para hepatite B:

Em caso de resultado positivo, é obrigatória a notificação à Vigilância em Saúde por meio do formulário SINAN, bem como a investigação dos contatos familiares. A gestante deve ser encaminhada para consulta na especialidade de Gastroenterologia – Hepatites Virais, com vistas à confirmação diagnóstica e ao tratamento adequado.

Quando a gestante é portadora do antígeno da hepatite B, o risco de transmissão vertical varia de 70% a 90%, e entre 85% e 90% das crianças infectadas podem evoluir para a forma crônica da doença.

Observação: Após o nascimento, o recém-nascido deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade de Gastroenterologia – Hepatites Pediátricas.

Teste rápido para hepatite C:

O teste rápido para hepatite C deve ser realizado no primeiro trimestre em todas as gestantes, sendo também coletado na maternidade, conforme protocolos assistenciais. Deve-se atentar para situações de maior risco, como uso de drogas injetáveis pela gestante e/ou parceiro, histórico de transfusão sanguínea ou múltiplas parcerias sexuais.

Em caso de teste rápido reagente para hepatite C, é obrigatória a notificação à Vigilância em Saúde por meio do formulário SINAN, bem como a investigação dos contatos familiares. Deve ser solicitada a dosagem da carga viral, mediante solicitação por médico ou enfermeiro, com assinatura e carimbo.

A coleta da carga viral deve ser realizada na Rede Municipal de Saúde (CSVS, Murialdo ou HMIPV). A usuária deve portar a notificação e a solicitação do exame no momento do atendimento no serviço de referência.

Ficha de Notificação/Conclusão

18.4.2 Exames Laboratoriais

Primeira Consulta ou Primeiro Trimestre:

- a) hemograma completo;
- b) tipagem sanguínea e fator Rh;
- c) teste de Coombs indireto, quando o fator Rh for negativo ou previamente reconhecido;
- d) exame qualitativo de urina (EQU);
- e) urocultura com teste de sensibilidade;
- f) sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG), conforme **Anexo E**;
- g) eletroforese de hemoglobina, conforme
- h) glicemia de jejum;
- i) exame citopatológico do colo do útero, conforme Diretriz Clínica do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2016);
- j) sorologia para HTLV-1 e HTLV-2.

A segunda consulta deve ser agendada preferencialmente em até 20 dias após a primeira, com a finalidade de análise, registro e discussão dos resultados dos exames solicitados, bem como definição das condutas necessárias.

18.4.3 Interpretação de Exames

18.4.3.1 Teste de Coombs Indireto

Resultado	Condutas
Se coombs indireto negativo	repetir entre 24-28 semanas e após a cada 4 semanas
Se coombs indireto positivo	referenciar ao PNAR imediatamente

18.4.3.2 TOXOPLASMOSE

Resultado	Condutas
IGG Reagente / IGM negativo	contato prévio /não repetir nos próximos trimestres
IGG Reagente / IGM reagente ou indeterminado	encaminhar ao PNAR, tratar conforme IG e notificar
IGG não reagente e IGM reagente ou indeterminado	Suspeita de infecção aguda ou IGM falso positivo: encaminhar ao PNAR, tratar conforme IG e notificar

O teste de avidéz do IGG é coletado no PNAR. Se avidéz alta, gestante voltará ao PN na APS .

18.4.3.3 GLICEMIA DE JEJUM

Resultados	Interpretação
Glicemia de jejum ≥ 92	Diabetes gestacional
Glicemia de jejum ≥ 125	Diabetes prévia à gestação

Os critérios para rastreamento positivo para **Diabetes Gestacional** incluem :

- A glicemia de jejum for ≥ 92 mg/dL e < 125 mg/dL;

- Em situações em que o pré-natal apresenta início tardio (após 24 semanas) o **TOTG** com 75g também é realizado como rastreamento inicial.

As gestantes que apresentarem glicemia de jejum , no primeiro exame, ≥ 92 não realizam Teste de Tolerância à Glicose (TTG) em nenhum momento da gestação

Primeira etapa

Gestantes que apresentarem resultado de glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL e < 125 mg/dL devem receber o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

A primeira etapa do tratamento consiste em terapia não farmacológica, incluindo orientação nutricional, a ser prescrita pelo profissional que realiza o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), e estímulo ao aumento da atividade física, sempre que possível e conforme condições clínicas da gestante.

A gestante deve ser encaminhada para Nutrição Adulto por meio do sistema GERCON, bem como para a retirada de insumos necessários ao monitoramento glicêmico na Farmácia Distrital, também via GERCON.

Caso as metas glicêmicas preconizadas não sejam alcançadas em até duas semanas, considerando-se controle adequado em pelo menos 70% das medições, após a implementação das medidas não farmacológicas, deve ser iniciado o tratamento farmacológico com metformina 850 mg, na dose de 01 comprimido por via oral, no café da manhã. Nessa situação, a gestante deve ser encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), com descrição detalhada do histórico clínico e dos registros das glicemias capilares obtidas no período de acompanhamento.

Quando houver controle das metas glicêmicas em percentual superior a 70% das medições, a gestante deverá ser encaminhada via GERCON para acompanhamento na Ginecologia Geral, onde realizará o pré-natal intermediário, mantendo-se o vínculo com a unidade de saúde de origem.

Evidências científicas demonstram que o tratamento adequado do DMG, associado ao monitoramento da glicemia capilar realizado quatro vezes ao dia (em jejum e no período pós-prandial), está relacionado à redução de desfechos perinatais desfavoráveis, como mortalidade fetal, distocia de ombro, lesões de nervos cranianos, excesso de massa adiposa ao nascimento, recém-nascidos grandes para a idade gestacional, macrossomia, aumento da taxa de cesarianas e pré-eclâmpsia.

Deve-se considerar que alterações do hematócrito influenciam os resultados das glicemias capilares. Valores de hematócrito inferiores a 30% podem levar à superestimação da glicemia capilar, enquanto valores superiores a 55% podem resultar em subestimação dos níveis glicêmicos.

É fundamental orientar a gestante quanto à higienização adequada das mãos com água e sabão ou álcool, seguida de secagem, antes da realização da punção digital, a fim de evitar interferência de resíduos alimentares nos resultados da glicemia. Devem ser utilizadas lancetas ou agulhas de baixo calibre, realizando-se a punção na região distal dos dedos das mãos.

Os valores da glicemia capilar devem ser registrados pela gestante e apresentados para avaliação na consulta médica de reavaliação, preferencialmente após duas semanas de acompanhamento.

Além da avaliação da informação escrita, é recomendado confirmar os resultados que ficam registrados na memória do glicosímetro.

Pela análise dos resultados apresentados, a equipe de saúde deverá oferecer todas as orientações e esclarecimentos que a mulher necessite para aumentar a compreensão da doença e sua adesão ao tratamento.

Metas do controle glicêmico na gestação (capilar)

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

Ressalta-se que as medidas glicêmicas **pós-prandiais** devem ser realizadas a partir do início das refeições, sendo a aferição **uma hora após a refeição** aquela que melhor reflete os valores de pico glicêmico. Recomenda-se a

realização de **duas a três refeições intermediárias** ao longo do dia (lanche da manhã, lanche da tarde e lanche antes de dormir), mantendo-se uma **alimentação saudável e fracionada**.

Deve-se evitar períodos prolongados de jejum, superiores a **4 a 5 horas**, em razão do risco aumentado de **cetose**, especialmente em gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

Para gestantes com DMG, a **restrição moderada de carboidratos**, correspondendo a **40% a 55% do valor calórico total diário**, pode ser benéfica para a obtenção de níveis glicêmicos pós-prandiais adequados. Deve-se priorizar o consumo de **carboidratos de baixo índice glicêmico**, contribuindo para melhor controle metabólico durante a gestação.

FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Viável	Não viável a frequência de 4 pontos
Perfil diário de 4 pontos: jejum, pós café, pós almoço, pós jantar	Jejum, pós café, pós almoço, pós jantar 3x semana

A utilização de métodos alternativos só deve ser praticada caso não haja nenhuma possibilidade de monitorização glicêmica adequada. Ressalta-se que essas estratégias alternativas apresentam lacunas na monitorização e podem determinar controle glicêmico inadequado com consequências perinatais importantes.

Encaminhar para farmácia distrital para acesso ao glicosímetro para controle em casa, via Gercon

Caso as alternativas anteriores sejam inviáveis, o **perfil glicêmico** poderá ser realizado na estrutura de saúde disponível no território, embora apresente a limitação de **não refletir plenamente a rotina alimentar e metabólica cotidiana da gestante**. Nessa situação, poderão ser realizadas as seguintes aferições:

- Glicemia de jejum;
- Glicemia pós-prandial após o café da manhã.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional consiste em um **planejamento alimentar saudável**, com o objetivo de promover **ganho de peso materno e fetal adequado**, manutenção do controle glicêmico e **prevenção da cetose**.

As recomendações nutricionais gerais para mulheres com **Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)** incluem:

- Realizar **três refeições principais diárias** (café da manhã, almoço e jantar), associadas a lanches intermediários, conforme necessidade individual;
- O uso de **adoçantes artificiais**, como **acesulfame-K, sucralose e neotame**, pode ser permitido **com moderação**;
- Monitorar e controlar o **ganho de peso gestacional**, mantendo-o entre **5 kg e 18 kg**, de acordo com o **Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional**.

A orientação nutricional no diabetes gestacional deve priorizar o consumo de **alimentos de baixo índice glicêmico**, com ênfase em alimentos **in natura ou minimamente processados**, ricos em fibras, tais como **proteínas magras, laticínios, ovos, verduras, legumes, leguminosas e grãos integrais**. As fibras alimentares contribuem para o controle glicêmico, auxiliando no equilíbrio dos níveis de glicose sanguínea.

Por outro lado, alimentos de **alto índice glicêmico**, como **batata, arroz branco, macarrão branco, sorvetes, geleias e bolos**, devem ser evitados, uma vez que promovem elevação rápida da glicemia e podem comprometer o

desenvolvimento fetal, aumentando o risco de complicações obstétricas, como **parto prematuro, aborto, macrossomia fetal, excesso de peso ao nascimento e doenças cardiovasculares na infância.**

18.4.3.4 EQU e Urocultura:

Resultado	Conduas
Proteinúria (+)	Determinação de proteinúria de 24 horas
Piúria (+)	Tratar e solicitar urocultura com antibiograma , se não possível tratar empiricamente
Hematúria (+)	Se piúria associada tratar e solicitar urocultura após Se isolada, excluído sangramento vaginal, referenciar à consulta especializada
Bacteriúria (+)	Investigar vaginites e cervicites, se urocultura positiva, escolher a medicação conforme tabela abaixo ITU no 1º trimestre, repetir EQU / Urocultura mensalmente
Cilindrúria (+)	encaminhar ao PNAR- dano renal

Na presença de **bacteriúria assintomática por *Streptococcus* do Grupo B**, deve-se instituir tratamento adequado e **registrar a informação com destaque na Caderneta de Pré-Natal**, uma vez que essa condição constitui **critério para o uso de antibioticoterapia profilática intraparto.**

Nas **gestantes sintomáticas**, recomenda-se a **coleta de urocultura**, seguida do **início imediato do tratamento empírico**, logo após a coleta do exame, sem aguardar o resultado laboratorial.

A **antibioticoterapia para o tratamento da infecção do trato urinário baixo**, tanto na forma assintomática quanto sintomática, deve ser realizada com

antimicrobiano ao qual o agente etiológico apresente sensibilidade, conforme o antibiograma. Os antibióticos indicados para ambas as situações são os mesmos e encontram-se descritos **na tabela a seguir**, contemplando os **medicamentos disponíveis na Rede Municipal de Saúde**.

Disúria/ Polaciúria/ Urgência miccional/ Nictúria/ Dor suprapúbica/ Sensação de esvaziamento vesical incompleto/ Hematúria terminal eventualmente	Provável Cistite
Dor lombar/ Dor nas costas/ Vômitos/ Calafrios/ Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ / Queda do estado geral/ PPL+/ Sintomas uretrais discretos.	Provável Pielonefrite Aguda

- A cistite não causa febre, caso a temperatura alta suspeite de pielonefrite.

Quadro 4 - Medicamentos para o uso do tratamento de infecções urinárias em gestantes

Interpretação:

- Urocultura negativa: < 100.000 UFC/mL;
- Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/mL;

ITU	ANTIBIÓTICO	DOSE	FREQUÊNCIA	DURAÇÃO
sintomática	Nitrofurantoína	100 mg	6/6 horas	5 dias
sintomática	Cefalexina	500 mg	6/6 horas	7 dias
sintomática	Amoxicilina + Clavulanato	500/125 mg	8/8 horas	7 dias
assintomática	Nitrofurantoína	100mg	6/6 horas	5 dias
assintomática	Cefalexina	500mg	6/6 horas	7 dias

Fonte: Rotinas em Obstetrícia/2011/Freitas et al

Os antimicrobianos devem ser retirados na farmácia distrital, sendo necessária prescrição médica caso a gestante opte por adquiri-los. Após o tratamento da infecção do trato urinário (ITU), deve-se realizar urocultura de controle uma semana após o término; se o resultado for negativo, o exame deve ser repetido mensalmente até o final da gestação. Na ocorrência de dois ou mais episódios de ITU durante a gestação, está indicada a profilaxia antimicrobiana para prevenção de recidivas, especialmente nos casos de bacteriúria recorrente e pielonefrite aguda:

Nitrofurantoína	100 mg	1 dose /dia até duas semanas pós parto
Ampicilina	500 mg	1 dose /dia até duas semanas pós parto
Cefalexina	500 mg	1 dose /dia até duas semanas pós parto

As gestantes devem ser orientadas a manter uma ingestão adequada de líquidos e urinar com frequência, tratamento adequado das leucorréias vaginais; orientação para correta higiene genital e anal; aumento da ingestão de líquidos e esvaziamento vesical frequente.

Cólicas e/ou contrações sem causa aparente, sempre avaliando a possível existência de infecção urinária

OBS: cilindrúria significa presença de cilindros renais na urina, indicativo de destruição avançada do túbulo renal, a paciente deve ser encaminhada para o PNAR.

18.4.3.5 Dosagem de Hemoglobina (Hb)

Resultado	Conduta
hemoglobina ≥ 11	iniciar sulfato ferroso 01 comp via oral ao dia desde o início da gestação, 1 hora antes do almoço até o 3º mês do puerpério
	anemia leve ou moderada: 5 comp ao

hemoglobina ≥ 8 e < 11	<p>dia, 2 via oral antes do café, 2 comp antes do almoço e 01 antes do jantar. Repetir a dosagem de HB entre 30 e 60 dias, se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até atingirem ≥ 11g/dl, quando após, deverá ser iniciada a dose de suplementação (40 mg de Fe elementar) e repetir a dosagem no 3º trimestre.</p> <p>Se mesmo após 30 dias com 5 comp via oral ao dia a dosagem permanecer a mesma ou cair referenciar ao PNAR</p>
hemoglobina < 8 g/dl	anemia grave: tratamento acima e encaminhar ao PNAR

18.4.3.6 Eletroforese da Hb

Resultados possíveis:

Hb AA	padrão ou normal
Hb AS	heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme
Hb AC	heterozigose para hemoglobina C: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme
Hb A com variante qualquer	encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme;
Hb SS ou SC	doença falciforme ou ainda Hb S + outra variante, ou Hb C + outra variante: além do ambulatório de aconselhamento genético é necessário encaminhar a gestante para para os centros de referência em tratamento; Agenda GERCON _ Hemato Hemoglobinopatias (HCPA e HNSC)

18.4.3.7 HTLV-1/HTLV-2

O exame para **HTLV-1/HTLV-2** deve ser solicitado, **via sistema GERCON**, na **primeira consulta de pré-natal**, para **todas as gestantes**, juntamente com os demais exames laboratoriais de rotina, por meio de **coleta sanguínea**.

Caso o exame não seja realizado na primeira consulta, recomenda-se que seja solicitado no **segundo trimestre** ou em **qualquer momento da gestação**, preferencialmente **até a 32ª semana**, a fim de evitar perda de oportunidade diagnóstica.

As **gestantes com resultado de teste de rastreio reagente** para HTLV-1/HTLV-2 devem realizar **exame confirmatório**, cuja solicitação também deve ser efetuada por meio do **sistema GERCON**.

Após a **confirmação da infecção por HTLV-1 ou HTLV-2**, a **notificação é compulsória**, devendo ser realizada obrigatoriamente no **sistema e-SUS SINAN**, no prazo máximo de **até 7 (sete) dias**, conforme legislação vigente.

Códigos dos exames:

- **Teste de rastreio:**
0202031543 – Pesquisa laboratorial de anticorpos anti-HTLV-1 + HTLV-2 em gestante.
- **Teste confirmatório:**
0202031608 – Pesquisa de anticorpos anti-HTLV-1 + anti-HTLV-2 em gestante.

[NOTA INFORMATIVA - COMO ACESSAR O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE HTLV.docx](#)

Gestantes sintomáticas devem ser inseridas na Agenda GERCON Pré-Natal Infectologia. Nos casos em que o teste de rastreio para HTLV apresentar resultado positivo e o exame confirmatório não tiver sido realizado antes do parto, este deverá ser solicitado via GERCON na consulta do binômio, **“TESTE CONFIRMATÓRIO PARA ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL** com a observação de urgência por ser **LACTANTE**.

Para gestantes com diagnóstico **confirmado** de HTLV-1/2, independentemente de manifestações compatíveis com ATL, HAM/TSP e/ou outras doenças associadas ao HTLV, recomenda-se a realização da cirurgia **cesariana (encaminhar ao Centro Obstétrico da maternidade de referência com 38 semanas de gestação)**

Para gestantes com diagnóstico **não concluído**: no momento do parto, se a gestante apresentar resultado reagente (positivo) no teste de triagem de HTLV (Elisa o CLIA/ECLIA) e ainda não houver o resultado do teste confirmatório (WB/LIA) ou se este teste for indeterminado:

1. Se houver manifestações compatíveis como leucemia/linfoma de células T, mielopatia paresia espástica e/ou com outras doenças associadas ao HTLV, recomenda-se a realização de cirurgia cesariana.
2. Se não houver manifestações associadas ao HTLV, recomenda-se manter a via de nascimento de acordo com a indicação obstétrica.

A criança exposta ao HTLV tem direito a receber fórmulas lácteas até completar 12 meses e, para isso, deve ser inscrita para o recebimento de fórmulas lácteas no primeiro acesso à US, preferencialmente na consulta do binômio. A inscrição para as fórmulas lácteas é feita pelo link: <https://tinyurl.com/inscricaooprogramanascerc>

18.4.4 Exames do 2º Trimestre

- a) TTG /75gr 1ª e 2ª hora,
- b) glicemia de jejum
- c) Coombs indireto (se paciente Rh negativo)
- d) EQU / Urocultura com teste
- e) sorologia para toxoplasmose - se IgG não reagente no 1º trimestre
- f) teste rápido de triagem para sífilis
- g) teste rápido para HIV
- h) hemograma

Caso a gestante não tenha feito a coleta de HTLV1/HTLV2 na primeira consulta de pré-natal, solicitar juntamente com os exames de 2º trimestre ou a qualquer momento da gestação, não perdendo a

oportunidade de coletar preferencialmente até a 32ª semana de gestação.

Gestantes Pós Bariátricas

Quanto ao rastreio da diabetes gestacional, a prova de tolerância oral à glicose (TTG) pode não ser tolerada nas mulheres que realizaram bypass gástrico devido à síndrome de dumping, que ocorre em cerca de 50% dos pacientes. Nestas, a pesquisa da **glicemia capilar em jejum e pós-prandial (4x/d) durante uma semana** são possíveis alternativas junto com a glicemia de jejum sanguínea.

18.4.5 Exames do 3º Trimestre

- a) hemograma
- b) EQU / Urocultura com teste
- c) teste rápido de sífilis
- d) teste rápido hepatite B
- e) teste rápido HIV
- f) teste rápido hepatite C para as gestantes HIV +
- g) Coombs indireto (se gestante Rh negativo)
- h) sorologia para toxoplasmose (se IgG for negativo nos 1º e 2º trimestres)
- i) exame de secreção vaginal e swab anal (pesquisa para Estreptococos do Grupo B
- j) glicemia de jejum

Obs: A coleta de swab vaginal e anal para cultura de Estreptococo do grupo B é recomendada de forma rotineira para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação, com o objetivo de identificar a colonização no trato genital e intestinal. Não é indicado tratamento durante o pré-natal quando o resultado for positivo. O resultado do exame deve ser registrado de forma clara e visível na

carteira de pré-natal, pois, nos casos positivos, a profilaxia antibiótica será realizada na maternidade no momento do parto

19 AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL

19.1 Movimentos Fetais: (MF)

A percepção do movimento fetal normalmente começa no segundo trimestre e ocorre mais cedo em mulheres múltiparas do que nas nulíparas. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros).

A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.

- Orientar a gestante a alimentar-se previamente ao registro dos MF;
- Sentar-se com a mão sobre o abdômen;
- Registrar os MF durante 01 hora;
- Caso consiga registrar mais de 6 MF em menos tempo, pode interromper o registro;
- Entretanto, se após uma hora ela não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento;
- Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde.

Assim, considera-se como “**inatividade fetal**” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

O relato de ausência de movimentos fetais (MF) por 12 horas durante atividade materna normal, ou a ausência de MF após até duas horas de tentativa de registro, exige avaliação imediata dos batimentos cardíofetais (BCF). Caso não sejam detectados movimentos fetais no momento da avaliação na Atenção Primária à Saúde, a gestante deve ser encaminhada para avaliação em sua referência obstétrica.

19.2 Ultrassonografia Obstétrica - análise

A Organização Mundial da Saúde recomenda considerar como peso fetal adequado aquele situado entre os percentis 10 e 90; abaixo do percentil 10 o bebê é classificado como pequeno para a idade gestacional, e acima do percentil 90, como grande para a idade gestacional. A ultrassonografia deve ser solicitada quando houver dificuldade na determinação da idade gestacional, presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, suspeita de gestação múltipla ou restrição de crescimento intrauterino.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda a realização do ultrassom apenas diante de suspeita clínica, como discrepância entre a altura uterina e a idade gestacional. Na ausência de indicações específicas, o período ideal para o exame é entre 18 e 20 semanas, permitindo a detecção de malformações fetais e a estimativa da idade gestacional. Gestantes com resultado ecográfico com percentil ≤ 10 devem ser encaminhadas ao Centro Obstétrico da Maternidade de Referência para avaliação do bem-estar fetal e, posteriormente, ao PNAR.

O líquido amniótico é medido conforme critérios ultrassonográficos (ILA)

19.2.1 Polidrâmnio: (gestante deve ser encaminhada ao PNAR)

É definido como o aumento do volume de líquido amniótico, podendo estar associado a complicações perinatais. O polidrâmnio é decorrente de um desequilíbrio na produção (principal mecanismo é a produção renal fetal) e na absorção (principal mecanismo é a deglutição fetal). Na maioria dos casos, cerca de 60%, os polidrâmnios são de natureza idiopática, e em cerca de 40% é possível identificar que têm uma causa materna, fetal ou placentária.

Causas fetais:

- Malformações (cardiopatias congênitas, alterações do sistema nervoso central [SNC], alterações gastrointestinais, alterações torácicas, alterações

renais, alterações esqueléticas, alterações neuromusculares, alterações cromossômicas);

- Fetos macrossômicos, mesmo na ausência de diabetes materna, apresentam frequentemente um ILA no limite superior da normalidade sem a identificação de malformações associadas;
- Infecções (parvovírus, citomegalovírus [CMV], toxoplasmose, sífilis);
- Tumores fetais, tais como o teratoma sacrococcígeo, os tumores intracranianos, os teratomas cervicais etc.

Causas maternas:

- Diabetes tipo I mal controlado, que parece ser responsável por aproximadamente 25% dos polidrâmios de causa conhecida;
- Isoimunização Rh.

Causas placentárias:

- Tumores como o corioangioma placentário;
- Placenta circunvalada

Encaminhar a gestante ao PNAR

19.2.2 Oligodrâmio (gestante deve ser encaminhada ao PNAR)

No primeiro trimestre da gestação, a causa do oligoâmnio geralmente não é identificada. No segundo trimestre, a principal etiologia é a rotura prematura de membranas, responsável por cerca de 50% dos casos, seguida pela restrição de crescimento fetal (18%) e por alterações do sistema urinário fetal (15%), sendo apenas uma pequena parcela de origem idiopática. No terceiro trimestre, o oligoâmnio pode estar associado ao pós-datismo, além de possíveis relações com desidratação materna. De forma didática, as causas do oligoâmnio podem ser agrupadas em três grandes categorias:

QUADRO 5- Causas do oligodrâmnio

CAUSAS
Placentárias ou de membranas Rotura prematura de membranas Síndrome da transfusão feto-fetal
Fetais Não malformativas: restrição de crescimento fetal, gestação prolongada, infecção fetal por citomegalovírus, entre outras Malformativas: obstrução do trato urinário (obstrução ureteral bilateral, válvula de uretra posterior), doença renal (agenesia renal bilateral, rins multicísticos bilaterais, rins policísticos infantis, displasias tubulares congênitas), aneuploidias
Maternas Insuficiência uteroplacentária Uso de medicações (anti-inflamatórios inibidores da síntese de prostaglandinas, hipotensores inibidores da enzima conversora de angiotensina)

Clinicamente, a suspeita de oligoâmnio é baseada no achado de altura uterina inferior à esperada para a idade gestacional e pela maior facilidade na palpação das partes fetais. O diagnóstico é confirmado por ultrassonografia.

A gestante deve ser encaminhada ao PNAR .

20 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

20.1- Para gestantes não vacinadas ou com histórico vacinal desconhecido em 2026, o Ministério da Saúde recomenda um esquema de três doses para garantir a proteção contra o tétano neonatal, a difteria e a coqueluche.

O esquema deve ser composto por duas doses de dT (dupla adulto) e uma dose de dTpa (tríplice bacteriana acelular):

Esquema Vacinal para Não Vacinadas

Dose	Vacina	Quando aplicar
------	--------	----------------

1ª Dose	dT	O mais precocemente possível, assim que confirmada a gestação.
2ª Dose	dT	60 dias após a 1ª dose (mínimo de 30 dias de intervalo).
3ª Dose	dTpa	A partir da 20ª semana de gestação (preferencialmente entre a 27ª e 32ª semana)

20.2 Vacina Tipo Adulto – dTpa

Conforme o **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo Adulto (dTpa)**, do Ministério da Saúde, esta vacina confere **proteção vacinal indireta ao recém-nascido nos primeiros meses de vida**, por meio da **transferência transplacentária de anticorpos maternos**, período em que a criança ainda não completou o esquema vacinal de rotina.

Composição:

A vacina dTpa consiste na associação de toxoide diftérico, toxoide tetânico e componentes purificados dos antígenos da *Bordetella pertussis*, incluindo a toxina pertussis, utilizando hidróxido e fosfato de alumínio como adjuvantes.

Apresentação:

Seringa preenchida, monodose.

Conservação e validade:

Deve ser conservada sob refrigeração, em temperatura entre **+2 °C e +8 °C**, preferencialmente em torno de **+5 °C**, conforme normas da Rede de Frio.

Indicação:

Indicada para:

- Gestantes **a partir da 20ª semana de gestação**, preferencialmente até a **36ª semana**;

- Puérperas que não tenham sido vacinadas durante a gestação, até **45 dias após o parto**.

A vacina deve ser **administrada a cada gestação**, independentemente do histórico vacinal prévio.

Dose e via de administração:

- Dose: **0,5 mL**;
- Via: **intramuscular profunda (IM)**.

Esquema vacinal:

- Uma dose de dTpa **a cada gestação**, para iniciar, completar ou reforçar o esquema vacinal contra difteria e tétano (dT), **independentemente do número de doses prévias recebidas**.

A administração da dTpa em cada gestação é necessária devido à **curta duração dos anticorpos maternos**, não sendo garantida proteção adequada em gestações subsequentes quando a vacinação ocorreu em gravidez anterior.

A vacinação deve ser **registrada na Carteira de Saúde da Gestante, no Cartão de Pré-Natal e/ou no Cartão de Vacinação do Adulto**.

Ressalta-se que a **proteção conferida aos recém-nascidos prematuros** pode não ser plenamente assegurada quando o nascimento ocorre antes da vacinação materna ou quando há deficiência na transferência transplacentária de anticorpos.

Esquema de Vacinação com dTpa para Gestantes

O esquema recomendado da vacina tipo adulto dTpa consiste em **uma dose a cada gestação**.

De acordo com a situação vacinal identificada, deve-se administrar uma dose de dTpa para **iniciar, completar ou reforçar** o esquema vacinal. Quando necessário, o esquema deve ser **complementado com a vacina dT**, garantindo que a última dose seja aplicada **até 20 dias antes da data provável do parto**.

Gestantes que receberam uma dose com os componentes difteria, tétano e coqueluche há menos de dez anos, aplicar uma dose de dTpa em cada gestação.

A Sociedade Brasileira de Imunização e a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia recomendam que a gestante seja vacinada com a dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) a partir da 20ª semana de gestação.

Caso **não tenha histórico** de vacinação prévia com dT (dupla adulto), fazer duas doses de dT, sendo uma no início da gestação e outra 4 semanas após a primeira dose, e a terceira dose do esquema deverá ser feita após a 20ª semana com dTpa.

Se existir história prévia de esquema vacinal incompleto, proceder conforme o número de doses de dT administradas previamente:

- 1 dose de dT administrada previamente: fazer uma dose de dT após o primeiro trimestre de gestação e uma dose de dTpa após a 20ª semana; respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas;
- 2 doses de dT administradas previamente: fazer uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação;
- Caso a gestante tenha histórico de esquema vacinal completo com dT (três doses), faz somente a vacina dTpa a partir da 20ª semana, independente se a gestação anterior ocorreu em um período maior ou menor que cinco anos.

Caso a mulher **não receba a dTpa durante a gestação**, a mesma deverá ser administrada no puerpério imediato.

20.3 Influenza

Deve ser realizada para as gestantes em qualquer trimestre, devido às complicações desta doença na gestação..

20.4 Vacina para Hepatites

O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra Hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para a hepatite B. A administração da mesma está indicada após o primeiro trimestre de gestação.

- Gestantes: Gestantes não imunizadas ou com esquema incompleto devem receber as três doses (0, 1 e 6 meses). Gestantes já imunizadas (três doses comprovadas) **não** precisam de reforço
- Caso não tenha o esquema básico completo contra hepatite B (3 doses), programar a vacinação de modo que a atualização seja preferentemente realizada ainda durante a gestação. E, na impossibilidade, concluir após o parto, até 45 dias do puerpério. **Não reiniciar o esquema.** Gestantes expostas ao vírus da hepatite B em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico, deverão receber associação de vacina e **imunoglobulina anti-hepatite B**

A revacinação deverá ser feita quando os títulos de anticorpos anti-HBs forem <10 mUI/mL em indivíduos pertencentes aos grupos de gestantes descritos a seguir:

- Gestantes em hemodiálise;
- Profissionais de saúde;
- Condições de imunossupressão (por exemplo, transplantados de medula óssea, pessoas que vivem com HIV, e pessoas recebendo quimioterapia);

Não é recomendado o exame anti HBS de rotina, apenas nos grupos de gestantes citados acima

20.5. Vacina para Coronavírus

As recomendações para a vacinação contra a COVID-19 em gestantes em 2026 seguem as diretrizes atualizadas pelo Ministério da Saúde, que incluiu o imunizante no **Calendário Nacional de Vacinação** como parte da rotina para grupos prioritários.

- **Dose Periódica:** Gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) são consideradas grupo prioritário e devem receber uma **dose anual** da vacina contra a COVID-19, independentemente do número de doses recebidas anteriormente.
- **Vacina Utilizada:** Prioriza-se o uso de vacinas atualizadas (como as bivalentes ou versões mais recentes adaptadas às variantes em circulação).
- **Qualquer Período Gestacional:** A vacinação pode ser realizada em qualquer trimestre da gravidez.
- **Segurança:** Estudos demonstram que a vacinação protege a gestante contra formas graves da doença e transfere anticorpos ao bebê via placenta e leite materno.
- **Administração Simultânea:** A vacina da COVID-19 pode ser administrada no mesmo dia que outras vacinas do calendário da gestante (como Influenza e dTpa), não sendo mais necessário intervalo entre elas.

20.6- Vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano)

→ **não é recomendada para gestantes**

Estudos de vigilância pós-comercialização não demonstraram evidências de que a vacina HPV cause danos ao desenvolvimento do feto, malformações ou problemas na gestação, deve-se suspender o esquema e retomar após o período do puerpério. Mulheres que estão amamentando podem ser vacinadas contra o HPV normalmente .

Vacinação Inadvertida: Se a mulher engravidar após a primeira ou segunda dose, deve adiar as doses subsequentes até o final da gestação.

20.7 - Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

É um dos principais vírus associado à doença respiratória em recém-nascidos e crianças pequenas, sobretudo bebês. A bronquiolite é a inflamação dos bronquíolos – pequenas e finas ramificações dos brônquios, que transportam o oxigênio até o tecido pulmonar.

A vacina é indicada para grávidas de todas as idades, em dose única, a partir da 28ª semana, sem limite de idade gestacional. Os anticorpos produzidos pela mãe passam para a criança que, ao nascer, estará protegida.

Indicada a partir da 28ª semana até, idealmente, a 36ª semana, mas pode ser aplicada em qualquer momento dentro da janela licenciada pela ANVISA (24ª a 36ª semana).

21 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E NUTRIENTES NA GESTAÇÃO

21.1 Ferro e Folato

A suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e seu recém-nascido [Grau de recomendação A - anexo D].

- A anemia gestacional está relacionada a:
- Abortamento espontâneo
- Parto prematuro
- Hemorragia durante o trabalho de parto prematuro
- Hemorragia durante o trabalho de parto
- Hipóxia do RN, RN de baixo peso
- Anemia para o RN e baixa imunidade

Suplementação profilática	Sulfato ferroso 40 mg	1 comp/dia 1 hora antes do almoço	Desde o início da gestação até 3 meses após o parto
Anemia leve e moderada <11g/dl >8 g/dl	Sulfato ferroso 40 mg	5 comp/dia 2 comp via oral 1 hora antes do café, 2 comp 1 hora antes do almoço e 01 comp 1 hora antes da janta	
Anemia grave <8 g/dl	Sulfato ferroso 40 mg	5 comp/dia 2 comp via oral 1 hora antes do café, 2 comp 1 hora antes do almoço e 01 comp 1 hora antes da janta	AO PNAR

Atentar para os **diagnósticos prévios** ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no pré natal de alto risco.

21.2 - Usuárias com Baixo Peso ou com Histórico de Bariátrica

As deficiências nutricionais mais frequentes na gestação envolvem proteínas, cálcio, ferro, vitaminas B12, D e ácido fólico, podendo impactar significativamente a saúde materna e fetal. A ingestão inadequada de cálcio, por exemplo, pode causar perda óssea materna, redução do teor de cálcio no leite materno e comprometimento da mineralização óssea fetal. Em relação à vitamina D, as doses diárias seguras recomendadas para gestantes durante o pré-natal variam entre 400 UI e 2.000 UI.

22 CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CENTRO OBSTÉTRICO

- 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.

⇒ O serviço hospitalar avaliará a gestante e indicará a conduta (internação, pré-natal de alto risco ou retorno ao pré natal de risco habitual na unidade de saúde).

- 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 (TPP) **contrações + modificação de colo uterino em gestantes < 36 semanas)**

Trabalho de parto	Falso trabalho de parto
Contrações em intervalos regulares Contrações com intensidade crescente Dores predominantemente na região sacral Aumento das contrações ao deambular Esvaecimento e dilatação progressiva do colo uterino	Intensidade variável Dores abdominais O deambular não exerce efeito Esvaecimento e dilatação: se presentes, não evoluem

O útero apresenta atividade contrátil ao longo de toda a gestação, com contrações de baixa intensidade (Braxton Hicks) e de maior amplitude. No último trimestre, as contrações de Braxton Hicks tornam-se mais frequentes e podem ser confundidas com as do trabalho de parto. Devido às dificuldades no diagnóstico inicial do trabalho de parto prematuro (TPP), não há consenso baseado em evidências, sendo mais aceito o critério de contrações uterinas regulares a cada cinco minutos. No falso trabalho de parto, não há modificação progressiva do colo uterino, e as contrações cessam espontaneamente após período de observação.

- Investigação de prurido gestacional / icterícia;

- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Crise hipertensiva (TA \geq 160/110);
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento com comprometimento sistêmico <20 semanas;
- Restrição de Crescimento Intra Uterino (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.);
- 41 semanas de idade gestacional confirmadas.

22.1 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 BCF por minuto);
- Taquicardia fetal (mais de 160 BCF por minuto) em decúbito lateral esquerdo;
- Suspeita de pós-datismo (Idade Gestacional duvidosa \geq 41 semanas, pois se for de certeza 41 semanas encaminhar para a maternidade para interrupção da gestação).

22.2 Indicações para Cesariana Eletiva:

- Apresentação pélvica ou anômala (39 semanas); Encaminhar a gestante com 38 semanas para a maternidade de referência para ajustar com a equipe a data da cesariana
- Placenta acreta em gestação anterior;
- 2 ou mais cesáreas ou cicatriz ampla em miométrio (miomectomia) -39 semanas.
- Gestantes portadoras de HTLV1/HTLV2 com teste confirmatório

22.3 Indicações para Interrupção da Gestação

Em muitos casos, a interrupção antecipada da gestação pode ser necessária após avaliação individualizada. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, a gestante deve ser encaminhada para avaliação do bem-estar fetal, incluindo a análise do índice de líquido amniótico, quando possível, e a monitorização cardíaca fetal. Estudos clínicos randomizados indicam que a indução do trabalho de parto em gestantes com 41 semanas é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois está associada a menor risco de mortalidade neonatal e perinatal, além de reduzir a probabilidade de cesariana

[Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco](#)

23 CONSULTA DO BINÔMIO

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. O documento aponta a necessidade de um momento específico para atender de forma integral a puérpera e o recém-nascido, após a alta da maternidade.

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015), sinaliza a importância do atendimento ao binômio de forma precoce na Atenção Primária à Saúde;
- A primeira consulta deverá ocorrer na primeira semana de vida do recém nascido entre o 3º e o 5º dia, pode ser feita pelo enfermeiro e/ou médico e consiste em observação e orientação, com o intuito de acolher a família, identificar precocemente quaisquer problemas e sanar possíveis dúvidas. É o momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e estabelecer ou reforçar a rede de apoio;
- As consultas do binômio devem ser priorizadas para o atendimento por demanda espontânea;

- Os profissionais devem buscar inserir o pai da criança durante os atendimentos, caso seja a vontade da mãe;
- Orientar o uso de preservativo enquanto amamentar e se companheiro HIV positivo (casal sorodiscordante) e orientar prevenção combinada (PEP e PREP);
- A puérpera deve ser questionada sobre suas condições de saúde e sua recuperação do parto, com exame físico de ferida cirúrgica, lóquios e exame de mamas em busca de fissuras mamárias, retração do mamilo, ingurgitamento ou sinais de mastite. As mamas devem ser examinadas em todas as consultas independente da queixa;
- Os bebês devem ser colocados para mamar, a fim de observação do posicionamento dos mesmos e a adequação da “pega”. Questionar a mãe e verificar nas carteiras de Saúde da Criança e da Gestante a realização e resultados dos testes do pezinho (se já realizado), olhinho e orelhinha, bem como outras informações sobre a internação hospitalar e nascimento
- Observar os sinais de apego ao recém-nascido, atentando para possíveis sinais de alerta, principalmente se apresentar fatores de risco (gestação indesejada, primeira gestação, mãe adolescente, família desestruturada, falta de apoio social e/ou familiar, ausência de companheiro, abuso de drogas, não ter realizado pré-natal, tentativa de aborto desta gestação e outros);
- Observar sinais de depressão pós-parto e atuar positivamente, apoiando a puérpera em suas dificuldades, sejam de ordem emocional ou social, promovendo o desenvolvimento do apego e a prevenção dos maus tratos;
- Incentivar o acompanhamento do desenvolvimento do bebê;
- Orientar sobre a importância do tempo intergestacional e o acompanhamento ginecológico;
- Promover a visita domiciliar para as puérperas faltosas, com base na planilha de monitoramento de pacientes faltosas e lista de DNs do programa Pré-Nenê (SINASC);
- Atentar-se para o teste do HTLV1/HTLV2 se investigação completada

Agendar consulta de retorno em 30 dias, para revisar os seguintes tópicos:

- Revisar a amamentação, incentivando-a;
- **Teste rápido para HIV** para as mães que amamentam;
- Proceder ao exame das mamas e ginecológico;
- Investigar a cessação ou não dos lóquios;
- Investigar hábitos intestinais e queixas urinárias;
- Orientação em relação aos métodos contraceptivos e definir junto à paciente o mais adequado para sua situação. Geralmente, se houver uma boa e adequada amamentação, institui-se progestágenos oral ou injetável, até nova avaliação em 3 meses;
- Orientar sobre o período da coleta do exame Citopatológico de colo uterino;
- Caso tenha sido colocado o DIU no pós parto ou cesárea deve-se excluir infecção e expulsão, avaliar o comprimento do fio e cortá-lo (2 a 3 cm do orifício do colo uterino).
- Avaliar o padrão de sangramento e a satisfação da paciente e seu parceiro;
- Reforçar as orientações de prevenção de ISTs.

24 PATOLOGIAS DO PUERPÉRIO

24.1 Endometrite

A endometrite leve após parto normal, sem comprometimento do estado geral, pode ser tratada em nível ambulatorial com antibióticos por via oral, como ampicilina ou amoxicilina. Espera-se melhora clínica em 48 a 72 horas; na persistência de febre após esse período, a paciente deve ser encaminhada à maternidade de referência. Já nos casos de endometrite associada à peritonite ou após cesariana, é indicada hospitalização para tratamento intensivo

24.2 Infecção da Ferida Operatória

A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos na US e em casa. Se a infecção

comprometer a fáscia ou existir quadro febril associado, a paciente deverá ser referida ao hospital.

24.3 Infecção de Episiotomia

Deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando curativos frequentes. Se houver quadro febril associado, a paciente deve ser referida ao hospital.

24.4 Mastite

- Esvaziamento adequado da mama de preferência pelo próprio recém nascido e se não for possível fazer a retirada manual do leite;
- Usar analgésico/antitérmico e antibiótico: cefalexina 500mg de 6/6h por 10 dias;
- Caso não ocorra boa resposta clínica em dois dias, encaminhar para a referência hospitalar para avaliação;
- Não suspender a amamentação;
- Suporte emocional.

24.5 Abscesso de Mama

- Encaminhar para drenagem cirúrgica na emergência;
- Antibioticoterapia conforme a prescrição da mastite descrita acima;
- Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e antibioticoterapia iniciada. (Recomendação da OMS)
- Manutenção da amamentação na mama sadia.

24.6 Fissura de Mamilo

- Corrigir o problema que está causando a dor mamilar, o qual geralmente é a má pega;
- Início da mamada na mama menos afetada;
- Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo da ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada;
- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou machucados;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante;
- Usar entre as mamadas o próprio leite materno ordenhado nas fissuras.

24.7 Depressão Puerperal

- Prevalência de 10 a 15% das puérperas;
- Deve-se realizar visita domiciliar pelo risco de negligência e/ou maus tratos ao bebê se a paciente não seguir o acompanhamento proposto;
- Situações agudas e graves devem ser encaminhadas para a emergência em Saúde Mental;
- Se a situação não for aguda e grave, a mulher deve ser referenciada para serviço de saúde mental por matriciamento ou referência secundária;
- Avaliar os riscos potenciais ao RN.

Fatores de Risco para Depressão Puerperal

- Primiparidade
- Gestação indesejada
- Mãe jovem ou mãe solteira
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer
- Parto cesáreo

- Alimentação com/ mamadeira
- Antecedentes familiares ou pessoais de desordem psiquiátrica
- Fatores psicossociais: difícil situação financeira, ausência de raízes, precária situação familiar, más condições de moradia, desemprego, etc.

24.8 Psicose Puerperal

Prevalência de 1/50 puérperas

Em situações de quadro agudo, a paciente deve ser encaminhada para o Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul (PACS) ou para o Pronto Atendimento em Saúde Mental do Centro de Saúde IAPI.

25 ALEITAMENTO MATERNO

25.1 Orientações de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no Pré-Natal

Amamentar vai além da nutrição, sendo um processo de intensa interação entre mãe e filho, com benefícios para o estado nutricional, imunidade, desenvolvimento fisiológico, cognitivo e emocional da criança, além de repercussões positivas na saúde física e mental da mãe. O pré-natal constitui um momento fundamental para orientar gestantes e familiares sobre o aleitamento materno, por meio de atendimentos e atividades educativas, como grupos de gestantes e salas de espera, esclarecendo dúvidas e desmistificando crenças. A promoção do aleitamento materno durante a gestação tem impacto comprovado no aumento das taxas de amamentação.

25.2 Benefícios do Aleitamento Materno

- O leite dos primeiros dias após o parto é chamado de colostro e oferece grande proteção contra infecções, diz-se que é a “primeira vacina” do bebê;

- O leite materno é capaz de suprir sozinho, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas, além de ser bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies;
- Em bebês amamentados há menor incidência de diarreia, alergias, doenças respiratórias, otite, sinusite e rinite diminuindo os riscos de doenças na vida adulta, como diabetes, obesidade e hipertensão arterial;
- O leite materno fornece a água necessária para manter o bebê hidratado, mesmo com temperatura ambiente elevada; É mais econômico e mais prático.

25.3 Orientações para a Gestante no Pré-Natal

- A mãe deve manter uma alimentação equilibrada com o consumo de frutas, legumes, carnes, carboidratos, leite e derivados;
- Prática de atividade física adequada, seguindo as orientações do profissional de saúde; Orientar a gestante quanto ao uso de medicamentos ou produtos químicos tópicos (tinturas, cosméticos);
- Desestimular a ingestão de bebidas alcoólicas e cigarros;
- Esclarecer que mamilo invertido ou plano não é impedimento para amamentar, visto que o bebê deve sugar mais ou menos 2 cm da mama, e não apenas o mamilo;
- Orientar que a puérpera retorne a US até o 5º dia após o parto com seu bebê;
- O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno até os 02 anos de idade ou mais, sendo exclusivo até os 06 meses;
- No pré-natal, é importante conversar com os pais e cuidadores sobre a alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno;
- As dificuldades que podem ocorrer na amamentação, como preveni-las e a importância e vantagens do aleitamento materno para mãe, bebê e família;

- A mulher que vive com HIV ou HTLV não pode amamentar e o RN tem direito às fórmulas lácteas até 1 ano de idade;
- A importância da amamentação logo após o parto, no alojamento conjunto e a técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à lactação;
- Consequências do desmame precoce e desvantagens do uso de leite não humano;
- A mãe deve ser instruída sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca, etc.), não sendo necessário esperar o choro do bebê;
- A “preparação” das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, **não são recomendadas**;
- A gestante tem o direito ao acompanhante durante o parto e no alojamento conjunto;
- Estimular a gestante a visitar a maternidade onde o bebê vai nascer;
- O contato pele a pele da mãe com o bebê na sala de parto nos primeiros 60 minutos é muito importante para o vínculo mãe-bebê, facilitando e estimulando o aleitamento materno.

25.4 Orientações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Puerpério

- A amamentação após o parto favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia contribuindo para o retorno ao peso normal;
- A amamentação protege a mulher contra câncer de mama, ovário e o risco para doenças crônicas não transmissíveis;
- Nos primeiros meses, o bebê ainda não tem horário para mamar. Ele deve mamar sempre que quiser;

- Durante a mamada, a quantidade de gordura do leite vai aumentando. Se o bebê não tomar o leite do fim da mamada, que tem mais gordura, ele pode sentir fome logo em seguida. Por isso, a mãe deve esvaziar a mama por completo para depois oferecer a outra;
- Um bebê em aleitamento materno exclusivo, mama de 08 a 12 vezes ao dia, é normal ele mamar com maior frequência e sem horários regulares;
- A causa mais comum de dor nos mamilos e fissuras é a má posição em que a criança suga. Ela não abocanha suficiente a aréola e suga apenas o mamilo;
- Para proteger as mamas contra rachaduras, passar o leite materno antes e depois do bebê mamar. Não é necessário usar cremes ou outros medicamentos nos mamilos;
- Um bom indicativo da ingestão adequada de leite é a troca de fraldas com bastante urina.



PEGA CORRETA



PEGA INCORRETA

- Crianças que fazem o uso de chupetas, em geral, são amamentadas com menor frequência, o que pode comprometer a produção de leite. O uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato;
- O uso de chupetas, bicos, mamadeira ou “protetores de mamilo” faz o bebê ficar confuso para mamar (confusão de bico). O jeito de abocanhar e sugar o leite são muito diferentes do bico artificial e o bebê pode parar de mamar.

25.5 Mulher Trabalhadora que Amamenta

- Quando a mãe voltar ao trabalho é possível continuar amamentando, esta deve ser orientada a amamentar o bebê antes de sair de casa e imediatamente ao retornar;
- Orientar para a extração manual do leite materno nos horários em que o bebê costuma mamar, armazenando o mesmo em frasco esterilizado (vidro transparente com tampa plástica, como maionese ou café solúvel, previamente fervido em água limpa por 15 minutos);
- Conservar o leite materno na geladeira. O transporte do vidro deve ser em isopor ou bolsa térmica;
- O leite cru pode ser armazenado por 12 horas na geladeira e no freezer por 15 dias;
- Na ausência da mãe, o leite deverá ser oferecido ao bebê de copinho ou xícara. NÃO é recomendado o uso de mamadeira;
- O leite materno para ser oferecido à criança, só pode ser aquecido em água quente em fogo desligado (banho-maria), fazendo-se movimentos lentos e suaves para misturar os componentes;
- A produção de leite materno depende do esvaziamento da mama, quanto mais o bebê mamar, mais leite a mama irá produzir;
- É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se a gestação for normal;
- Amamentar é TRI.

QR-CODE AMAMENTAR É TRI



25.6 Direitos das Gestantes Trabalhadoras

Durante o acompanhamento de pré-natal é fundamental levar em consideração a situação laboral da gestante, tanto para identificar possíveis riscos

para a gestação relacionados às condições de trabalho, quanto para orientar a gestante com relação aos direitos trabalhistas que amparam as mulheres que possuem vínculo formal.

São Direitos Trabalhistas da Gestante:

1. Estabilidade Provisória no Emprego - toda gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, exceto por justa causa. A gestação, em nenhuma hipótese, pode constituir motivo para rescisão por justa-causa. Mas, se a empresa faz parte do programa “Empresa Cidadã”, a licença maternidade será de 180 dias, sem direito à estabilidade quando do seu retorno;
2. Direito à Licença e Salário-Maternidade - a CLT determina hoje que as mães tenham **licença** de 120 **dias**, sendo este período prorrogável em caso de recomendação médica. Ao fazer parte do rol de **empresas** do Programa **Empresa Cidadã**, o que a organização faz é prolongar esse período em mais 60 **dias**, totalizando **180 dias de licença-maternidade**;
3. A gestante (empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive de natimorto) tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário, podendo ser solicitada até 28 dias antes do parto;
4. No caso de adoção ou guarda judicial, o tempo da licença maternidade irá variar conforme a idade da criança: 120 dias no caso adoção de criança com até 1 ano; 60 dias para crianças a partir de 1 ano e 4 anos e 30 dias no caso de adoção ou guarda judicial de crianças a partir de 4 até 8 anos de idade. A gestante deve notificar o seu empregador da data do início do afastamento. Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico. Em casos de aborto, comprovado por atestado médico, a mulher tem direito a um repouso remunerado de duas semanas;
5. Funções Exercidas pela Gestante - diante de exigências das condições de saúde da gestante e da criança, mediante a apresentação de atestado médico, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho – sendo

garantido o retorno à função anterior após o final da licença maternidade. Toda gestante deverá ser afastada, sem prejuízo da sua remuneração, de atividades consideradas insalubres em grau máximo, médio ou mínimo, enquanto durar a gestação e a lactação. Para saber mais sobre quais são as atividades e ambientes considerados insalubres. As gestantes estudantes têm o direito de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo esse período ser prolongado, de acordo com indicação médica. Orientar as gestantes que estão estudando quanto a esse direito é fundamental para evitar a evasão escolar (Lei nº6.202, de 17 de abril de 1975);

6. Direito à Dispensa para a Realização do Pré-Natal - toda gestante tem direito a dispensa do horário de trabalho, pelo tempo necessário para realização de no mínimo seis consultas e demais exames complementares de pré-natal. Cabe ao serviço de saúde fornecer comprovante do atendimento para que a gestante justifique sua ausência junto ao empregador; Z
7. Amamentação - após o parto, para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um;
8. Direitos ao Pai - o pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê (Lei 13.257/2016).

Quadro 6 - Exames de Rotina e Orientações

TIPO DE INFECÇÃO	ISOLAMENTO MÃE / FILHO	AMAMENTAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Sífilis	Somente nos casos em que a mãe apresente lesões ativas de pele.	Permitida, com exceção dos casos em que a mãe apresente lesões ativas na mama.	
Tuberculose		Mulheres consideradas bacilíferas ou tratadas por 2 ou mais	Recomenda-se para a criança o uso profilático de isoniazida,

		<p>semanas antes do nascimento podem amamentar sem qualquer restrição. Seus filhos devem receber a vacina BCG logo após o nascimento.</p> <p>Nas primeiras 2 semanas da terapia antituberculose, a mãe poderá amamentar com uso de máscara (cobrindo nariz e boca). É necessário assegurar a aderência materna ao tratamento.</p>	<p>na dose de 10mg/Kg/dia 15,16 até o 3º-4º mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado.</p>
Citomegalovirose	Não.	Permitida.	O aleitamento materno confere efeito protetor.
Herpes simples	Não, porém com medidas de higiene e cobertura das lesões.	Permitida, desde que não haja lesões na mama.	Medidas de higiene. Cobrir as lesões.
Sarampo	Somente se a mãe suscetível foi exposta à doença pouco antes do parto	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	A doença costuma ser benigna no RN que adquire o vírus após o nascimento.
Rubéola	Não	Permitida	O aleitamento materno confere efeito protetor.
Varicela	Sim, se a mãe apresentar varicela até 6 dias antes ou 2 dias após o parto, se a criança não apresentar lesões.	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	Imunoglobulina no RN.

Hepatite B	Não	Permitida, desde que a criança receba imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida e seja vacinada	Para o RN a Imunoglobulina e a vacina nas primeiras 12 horas. A 2ª dose da vacina aos 2 meses, 3º dose aos 4 meses e última dose ao 6 meses. (As doses do 2º, 3º e 6º mês são feitas na Pentavalente)
HIV	Não	Não	
Mastite e abscesso mamário	I	O aleitamento materno poderá ser mantido se a terapia antimicrobiana empírica for instituída e se o material drenado do abscesso não tiver contato direto com a boca da criança ou não tiver havido rompimento para o sistema ductal. Caso contrário, deve-se suspender temporariamente a amamentação na mama afetada, mantendo a ordenha da mesma e a amamentação na mama contralateral	
Hanseníase virchowiana não tratada ou com tratamento	Diminuir, ao máximo, o contato mãe/filho, até a	Interrupção temporária até tratamento corretamente	Submete a criança a exames clínicos

inferior a 3 meses com	ausência de lesões na pele e mamas	instituído com duração superior a 3 meses com sulfona.	periódicos, realizar BCG e tratar a criança simultaneamente com a sua mãe.
Sulfona ou inferior a 3 semanas com rifampicina ou com lesões de pele na mama		Ou superior a 3 semanas com rifampicina, sem lesões na pele da mama.	
HTLV-1 HTLV-2	Não	Não	
Influenza H1N1	Medidas de higienização das mãos e uso de máscara facial pela mãe	Sim	

[Caderno de Atenção Básica: Saúde da criança - aleitamento materno e alimentação complementar](#)

25.7 Recomendação para a Realização de Testagem Rápida para o HIV durante o Aleitamento Materno

A testagem rápida para HIV deve ser realizada em todas as lactantes durante o período de amamentação, a cada três meses, iniciando no primeiro mês após o parto, mesmo quando houver resultados não reagentes no pré-natal e no parto. Recomenda-se também a testagem das parcerias sexuais. Em situações de maior risco de exposição, como relações sexuais desprotegidas ou contato

com material biológico, o teste rápido deve ser realizado imediatamente, com adoção das profilaxias indicadas. A periodicidade da testagem pode ser ampliada conforme a vulnerabilidade social ou avaliação clínica.

Em casos de TR positivo as seguintes providências devem ser tomadas:

- Orientação da suspensão imediata do aleitamento materno a. Além do aleitamento materno exclusivo, são contraindicados o aleitamento misto (leite humano e fórmula infantil), aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz) e uso de leite humano com pasteurização domiciliar;
- Deve-se orientar medidas comportamentais (enfaixamento das mamas, evitar esgotamento) e prescrever inibidores de lactação: **Cabergolina 0,5 mg, 2 comprimidos VO imediatamente**
- A lactante e o lactente deverão ser encaminhados imediatamente à emergência do HMIPV para avaliação para PEP (profilaxia pós exposição e lá o lactente coletará Carga Viral).
- Ambos deverão ser inseridos no GERCON para consulta com infectologia HIV adulto e infectologia pediátrica - por criança exposta e notificar exposição. Se a criança tiver **menos de 12 meses** pode ser inserida no projeto de fórmulas lácteas. Para isso entrar em contato com hivtb@portoalegre.rs.gov.br.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ANDOLSEK, K. M.; KELTON, G. M. Risk assessment. *Primary Care*, Philadelphia, v. 27, p. 71-103, 2000.

ATALLAH, A. N.; HOFMEYR, G. J.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 3, 2000.

BOUSHR A, M. N.; KOYFMAN, A.; LONG, B. COVID-19 in pregnancy and the puerperium: a review for emergency physicians. *American Journal of Emergency Medicine*, v. 40, p. 193-198, 2021.

BRENT, G. A. Maternal hypothyroidism: recognition and management. *Thyroid*, v. 9, n. 7, p. 661-665, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 6 fev. 2017.

BRASIL. Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1975.

BRASIL. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRICKER, L.; NEILSON, J. P. Routine Doppler ultrasound in late pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 3, 2000.

BROCKLEHURST, P. et al. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 2, 2005.

CDC. National Birth Defects Prevention Month and National Folic Acid Awareness Week. *MMWR*, v. 54, n. 51-52, p. 1301, 2006.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Hepatitis B. In: ATKINSON, W. et al. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 8. ed. Washington: Public Health Foundation, 2004. p. 191-212.

CUNNINGHAM, F. G. et al. Prenatal care. In: CUNNINGHAM, F. G. et al. *Williams obstetrics*. 20. ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1997. p. 227-250.

DULEY, L. et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 4, 2003.

ELLINGTON, S. et al. Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status. *MMWR*, Atlanta, v. 69, n. 25, p. 769-775, 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural*. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. *Diretrizes clínicas da atenção à gestante: assistência pré-natal*. Fortaleza, 2016.

GARRIDO, A. G. et al. *Avaliação ecográfica do líquido amniótico*. São Paulo: FEBRASGO, 2018.

HUNTER, M. I.; MONK, B. J.; TEWARI, K. S. Cervical neoplasia in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 199, n. 1, p. 3-9, 2008.

INSTITUTO BUTANTAN. *Vacina CoronaVac: tecnologia*. São Paulo, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes*. Genebra: OMS, 2013.

POON, L. C. et al. ISUOG interim guidance on COVID-19 during pregnancy and puerperium. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 55, n. 6, p. 848-862, 2020.

RASMUSSEN, S. A. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 222, n. 5, p. 415-426, 2020.

SILVA, W. C. et al. Pré-natal do parceiro: desafios para o enfermeiro. *Revista Extensão*, v. 4, n. 2, p. 127-137, 2020.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19. *JAMA Pediatrics*, v. 175, n. 8, p. 817-826, 2021.

WOODARD, C. B. Pregnancy following bariatric surgery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, v. 18, n. 4, p. 329-340, 2004.

ANEXO A - CHECK LIST PARA A REALIZAÇÃO DO PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL

<p>Captação precoce</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preconiza-se que a 1ª consulta seja realizada até a 12ª semana de gestação, podendo ser realizada por profissional médico ou enfermeiro com agenda disponível no momento. - Abrir consulta de Pré-Natal no e-SUS, inserindo no CIAP2 o código W78. - Fornecer carteira de gestante (pedido pelo sistema GMAT - Material Impresso com código 23705 - link dos materiais impresso disponíveis no GMAT - 2025 - Impressos Planilha Ilustrativa de Materiais - Documentos Google)
<p>2ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em até 20 dias para avaliação de exames solicitados na 1ª consulta. - Inserir como consulta de pré-natal no e-sus (inserir o link do doc sobre registro de exames) - Inserir exames avaliados no e-SUS
<p>até a 28ª semana</p>	<p>Consultas mensais, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermagem, conforme a estratificação de risco, a periodicidade pode ser modificada.</p>
<p>entre a 28ª e 36ª semanas</p>	<p>é indicado uma consulta a cada duas semanas</p>
<p>a partir da 36ª semanas até 41 semanas</p>	<p>consultas semanais até o parto, com encaminhamento para a maternidade de referência na 41ª semana para avaliação e conduta</p>

A finalização da gestação deve ser registrada pela equipe de saúde (essa ação pode ser realizada com o registro do CID ou CIAP 2 de parto ou outros, como no caso de aborto, etc.).

Os serviços de APS devem seguir o protocolo recomendado e também deve haver o atendimento concomitante com o serviço de Alto Risco (quando houver risco avaliado), coordenando o cuidado da usuária como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

- gestantes com algum risco: a frequência deve ser individualizada
- gestantes faltosas: recomenda-se busca ativa
- consulta odontológica: prioritariamente, no primeiro trimestre da gestação

1ª CONSULTA

- registrar informações em prontuário SUS e carteira de pré-natal
- exame físico geral
- peso, níveis pressóricos, cálculo de IMC
- estado nutricional, uso de álcool, drogas e tabagismo
- frequência cardíaca, ausculta pulmonar
- exame de membros inferiores
- antecedentes familiares como HAS, DM, trombofilia
- antecedentes gineco obstétricos, gestações, abortamentos recorrentes ou risco de prematuridade, partos/cesáreas prévias
- examinar mamas e genitais externos
- exame especular, secreções, perguntar sobre o último CP, coletar se necessário conforme protocolo (mulheres de 25 a 64 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual) devem realizar o exame anualmente e, após dois resultados consecutivos normais, realizar uma coleta a cada 3 anos
- definir, com maior precisão possível, a idade gestacional
- medir a altura uterina
- ausculta dos BCF (se possível)
- posição fetal (se possível)

Proporcionar o Pré Natal do Parceiro como Porta de Entrada a este Cidadão na Unidade

Pré natal do parceiro(a) com acolhimento e:

- oferta dos testes rápidos,
- verificação da carteira de vacinas
- incentivo à participação nas consultas e participação na hora do parto
- hemograma
- HDL,LDL,colesterol total,triglicerídeos
- dosagem de glicose
- eletroforese da HB
- aferição da pressão arterial
- verificação de peso e cálculo do IMC

Registrar consulta no prontuário **PRÓPRIO** deste cidadão no e-SUS

EXAMES

1ª CONSULTA OU 1º TRIMESTRE (semana 1 a semana 13)

- hemograma
- tipagem sanguínea e fator Rh
- coombs indireto se RH negativo (previamente conhecido)
- EQU
- urocultura com teste
- sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)
- eletroforese de Hemoglobina
- teste rápido de triagem para sífilis (em caso de TR positivo, tanto a gestante quanto seu parceiro devem ser tratados)
- teste rápido para hepatite B e C e HIV
- CP de colo uterino (conforme Diretriz Clínica/INCA 2011)
- glicemia de jejum
- HTLV1/HTLV2, se o resultado for reagente ou inconclusivo, será seguido imediatamente da realização do exame conforme NT CONJUNTA N° 6/2025, por Western Blot ou Imunoensaio em Linha .A liberação do laudo por meio dos laboratórios será liberado após a realização do exame confirmatório

INTRODUZIR

- **ÁCIDO FÓLICO**- se a 1ª consulta for realizada até as 12 semanas de gestação, conforme tabela abaixo:

Baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural	0,4 mg/dia - 40 gotas ou 2 mL da solução 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional *
---	--	--

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

Pós bariátrica	5mg/dia	1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional *
Pós bariátrica com diabetes mellitus ou obesidade	5mg/dia	1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional*
Anemia megaloblástica	0,4 a 0,8 mg/dia - 2 mL(40 gotas) ou 4 mL (80 gotas) da solução 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até o final da gestação *
Doença falciforme	5mg/dia	1 mês antes da gravidez até o final da gestação*
Diabetes mellitus	5mg/dia	até as 12 semanas
Uso De Drogas Epiléticas	5mg/dia	pelo menos três meses antes da concepção até o final da gestação*
Trombofilias Adquiridas	5mg/dia	1 mês antes da gestação até o final da gestação *

* para as gestações planejadas, caso contrário, assim que a gestante iniciar o pré natal

- Iniciar sulfato ferroso 40 mg 1 comp ao dia desde o início da gestação até o 3º mês após o parto .Após os primeiros exames,adequar a dosagem conforme a DOSAGEM DA HEMOGLOBINA

- **Carbonato de Cálcio 1.250 mg (equivalente a 500 mg de cálcio elementar)- 2 comprimidos** a partir da 12^o semana de gestação até o final da gestação. Recomenda-se a administração antes de dormir ou pela manhã, sempre com a ingestão de algum alimento. Deve ser tomado separado do ferro (intervalo de pelo menos 2 horas)
- Se gestante RH - (previamente conhecido), solicitar o coombs indireto na 1^a consulta,(se positivo,encaminhar ao pré natal de alto risco), **após, repetir das 24-28 semanas mensalmente se positivo**
- **Pacientes com alto risco de pré-eclâmpsia (PE)** tais como histórico de em gestações anteriores de PE, eclâmpsia ou síndrome de HELLP, casos de gemelaridade, Has crônica, diabetes prévia, doença renal, doença auto imune ou outros fatores que podem aumentar o risco de pré-eclâmpsia:

⇒ **Introduzir 01 comprimido via oral 1x ao dia após o jantar de Ácido Acetilsalicílico 100 mg** de preferência entre a 12^a e a 14^a semana (podendo ser introduzido até as 20 semanas), até às 36 semanas, continuamente .

2^a consulta (CLICAR no prontuário Esu-s no ícone da figura de gestante)

Deve ser realizada até 20 dias da 1^a consulta para análise de resultados dos exames e estratificação de risco

- medir níveis pressóricos e peso
- avaliar anemias e introduzir sulfato ferroso de acordo com quadro da gestante
- medir altura uterina, avaliar posição fetal se possível; avaliar queixas de cólicas, sangramentos ou perdas vaginais
- ausculta de BCFs após a 12-14^{oa} semana gestacional
- **registrar** informações em prontuário e-SUS e carteira de pré-natal
- próxima a 18^a semana, perguntar sobre a movimentação fetal
- Solicitar **controle mensal** de **VDRL** para aquelas gestantes e parceiros que realizaram tratamento para sífilis
- Solicitar **EQU e urucultura mensal** para as pacientes que desenvolveram **ITU no 1^o trimestre**

- **Gestantes HTLV1/HTLV2** reagentes devem ser encaminhadas para coleta de exame confirmatório.

Consultas subsequentes (conforme informações acima)

2º TRIMESTRE (aproximadamente 24 semanas)

solicitar exames:

- TTG /75gr 1º e 2º hora
- Glicemia de jejum
- Hemograma
- Coombs indireto (se paciente Rh negativo)
- EQU
- Urocultura com teste

Sorologia para toxoplasmose - se IgM ou IgG não reagentes no 1º trimestre

- Caso não tenha coletado HTLV1/HTLV2 anteriormente coletar ou a qq momento

Realizar

- Teste rápido de triagem para sífilis
- Teste rápido para HIV (gestante e parceiro)

3º trimestre (aproximadamente 35-36 semanas)

- Hemograma
- EQU
- Urocultura com teste
- Glicemia de jejum
- Testes rápidos de anti - HIV
- Teste rápido de triagem para sífilis
- Teste rápido hepatite B
- Teste rápido hepatite C para pacientes HIV+
- Coombs indireto (se Rh negativo)

- Sorologia para toxoplasmose -se IgM ou IgG não reagentes no 1º trimestre e 2º trimestres
- Sorologia para toxoplasmose (Se IgG for negativo)
- Exame de secreção vaginal e swab anal (pesquisa para estreptococos do grupo B)
- Caso não tenha coletado HTLV1/HTLV2 anteriormente coletar

REGISTRO NA CARTEIRA DE GESTANTE EM DESTAQUE O RESULTADO DO EXAME DE PESQUISA DO ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B- NÃO É NECESSÁRIO TRATAR

Não existe alta do pré natal, as pacientes com 41 semanas devem ser enviadas para o centro obstétrico de referência para avaliação e conduta

TESTES RÁPIDOS REALIZADOS DURANTE O PERÍODO DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

TRIMESTRE	TR HIV	TR SÍFILIS	TR HEPATITE B	TR HEPATITE C
1º	X	X	X	X
2º	X	X		
3º	X	X	X	X se HIV+

Maternidade	X	X	X	X
Amamentação	1º mês e se mantida a amamentação, testar de 6/6 meses			

* testar as parcerias

ANEXO B - PRURIDO GESTACIONAL

É uma doença benigna específica da gestação, considerada hoje a doença específica da gestação mais prevalente, representando quase metade de todas as doenças específicas da gravidez. É caracterizada por pápulas e nódulos intensamente pruriginosos e acomete principalmente as superfícies extensoras dos membros, como o abdômen e o tronco. As lesões evoluem para crostas e escoriações, caracterizando um quadro eczematoso. O tratamento é sintomático, visando alívio do prurido. Pode ser recomendado o uso de anti-histamínicos orais e corticoides tópicos.

Disponíveis na REMUNE SMS :

- Loratadina 10 mg — 01 comp via oral à noite
- Dexametasona 1mg/ml creme dermatológico— em áreas de maior lesão

ATENTAR:

- Prurido **sem rash cutâneo** mais típico **em palma das mãos e plantas dos pés**, mas pode ser no corpo inteiro.
- Piora a noite Piora com evolução da gestação.

↓

Descartar COLESTASE HEPÁTICA - ENCAMINHAR À EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA PARA AVALIAÇÃO

ANEXO C - EXAMES DE ROTINA E INTERPRETAÇÕES

Quadro 7- Exames de rotina e interpretações

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
Tipagem Sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido.	Solicitar o teste de Coombs indireto, se negativo, repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24 ^a semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referenciar ao pré-natal de alto risco.
Sorologia para Lues	Teste rápido para sífilis positivo (Ver rotina teste rápido, anexo I) Sempre tratar o parceiro Fazer a notificação da sífilis em formulário específico Anotar o tratamento na carteira de pré-natal	Tratar TR positivo: TRATAMENTO em gestante sempre como sífilis latente tardia com 7200 000 UI pela dificuldade de determinar o tempo da infecção
	Teste rápido negativo	Repetir exame no 2º e 3º trimestre e no momento do parto e em caso de abortamento.
EQU	1. Proteinúria (+)	Determinação de proteinúria de 24 horas
	2. Piúria (+)	Tratar e solicitar urocultura com antibiograma se não possível tratar

		empiricamente
	3. Hematúria (+)	Se piúria associada tratar e solicitar urocultura Se isolada, excluindo sangramento genital, referenciar à consulta especializada
	4. Cilindrúria (+)	Referenciar ao pré-natal de alto risco.
	5. Bacteriúria (+)	Investigar vaginites e cervicites, e solicitar urocultura
Dosagem Hemoglobina	de	Hemoglobina $\geq 11\text{g/dl}$
Dosagem de Hemoglobina		<p>Hemoglobina $\geq 8\text{g/dl}$ e $< 11\text{g/dl}$</p> <p>Anemia leve e moderada</p> <p>- Tratar a anemia com 200 mg de ferro elementar, via oral (cada comp de sulfato ferroso tem 40 mg de ferro elementar) - 5 comprimidos ao dia - 2 comprimidos vo 1 hora antes do café, 2 comprimidos vo 1 hora antes do almoço e 01 comprimido vo 1 hora antes da janta</p> <p>-Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:</p> <p>-Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (40 mg Fe elementar), e repetir a dosagem no 3º trimestre;</p> <p>-Se a HB permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referenciar a</p>

		gestante ao pré-natal de alto risco.
Dosagem Hemoglobina	de Hemoglobina <8g/dl	Anemia grave Referir ao pré-natal de alto risco
Toxoplasmose	IGG E IGM (-): suscetível IGG(+) IGM(-): infecção passada IGG(+) IGM(+) ou indeterminado	Encaminhar ao PNAR via GERCON, iniciar tratamento, notificar
Toxoplasmose	IGG E IGM (-): suscetível IGG (+) IGM (-): infecção passada IGG(+) IGM (+) ou indeterminado	Encaminhar ao PNAR via GERCON, iniciar tratamento
Glicemia de jejum	Glicemia \geq 92 Glicemia em jejum \geq 126 mg/dL	Diabetes Gestacional Diabetes prévia à gestação
HTLV1/HTLV2	Gestantes o primeiro resultado reagente, serão realizados o exame confirmatório pelo laboratório com a mesma amostra. O resultado será liberado após o exame conclusivo	

ANEXO D - RECOMENDAÇÕES E EVIDÊNCIAS

Com a medicina baseada em evidências, tornou-se essencial avaliar a qualidade das evidências utilizadas na tomada de decisão clínica. Diretrizes e revisões sistemáticas descrevem sua metodologia, bem como a classificação das recomendações e o nível de evidência dos estudos incluídos. Entre os sistemas existentes, destaca-se o GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), que se diferencia por ser mais objetivo e abrangente, ao relacionar o nível da evidência com a força da recomendação. O GRADE avalia o conjunto das evidências, considerando eficácia, efetividade e segurança, e não apenas o delineamento ou o risco de viés individual dos estudos. Esse sistema classifica as evidências em quatro níveis, refletindo a qualidade da evidência e o grau de confiança nas informações utilizadas.

A ALTA	Há forte confiança de que o efeito verdadeiro aproxima-se do efeito estimado
B MODERADA	Há moderada confiança na estimativa do efeito. O verdadeiro efeito está próximo daquele estimado, mas existe possibilidade de ser substancialmente diferente
C BAIXA	A confiança na estimativa do efeito é limitada. O verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente daquele estimado.
D MUITO BAIXA	Há pouca confiança na estimativa de efeito. O verdadeiro efeito provavelmente é substancialmente diferente do estimado

Assim, são esses níveis de evidência científica que guiam os graus de recomendação de um determinado tratamento ou procedimento: quanto maior o nível, mais forte a ideia de que pode ser adotado com segurança e benefício do paciente. **O grau de recomendação está distribuído de A a D, um modelo hierárquico, onde A possui o maior valor.**

A: Estudos experimentais ou observacionais de maior consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados).

B: Estudos experimentais ou observacionais de menos consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle).

C: Relatos ou séries de casos (estudos não-controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

A utilização do grau de recomendação associado à citação bibliográfica no texto tem como objetivos principais: conferir transparência à procedência das informações, estimular a busca de evidência científica de maior força, introduzir uma forma didática e simples de auxiliar a avaliação crítica do leitor, que arca com a responsabilidade da decisão frente ao paciente que orienta.

ANEXO E - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

O rastreamento da toxoplasmose é recomendado para todas as gestantes suscetíveis que apresentam, antes da gestação, IgG negativo ou não conhecido). No estado do Rio Grande do Sul, onde existem altas taxas de toxoplasmose gestacional e congênita, anticorpos IgG e IgM devem ser solicitados na primeira consulta de pré natal, no segundo e terceiro trimestres **repetidos a cada 2 meses** se o primeiro exames ou exames subsequentes forem IgG e IgM negativos

Ressalta-se que toda gestante, independente do resultado da sorologia de toxoplasmose, deve ser orientada para prevenção da infecção, inclusive as gestantes com infecção adquirida antes da gravidez.

Seguem as orientações de prevenção primária para a infecção:

- Higienizar corretamente as mãos antes das refeições, após manusear lixo, após o contato com animais, após manipular alimentos e sempre que necessário. Ao manipular carnes cruas, procurar usar luvas
- Evitar manusear terra ou solo e, caso necessário, utilizar luvas e higienizar as mãos após a atividade
- Consumir apenas água filtrada ou fervida
- Manter os reservatórios de água bem fechados
- Higienizar frutas, legumes e verduras em água corrente antes do consumo, conforme a seguir: selecionar os alimentos, retirando partes deterioradas e/ou sem condições adequadas, lavar os alimentos, um a um, em água potável corrente, desinfetar por meio da imersão em solução clorada com 200 ppm de cloro, o equivalente a 1 colher de sopa de água sanitária para 1 litro de água, por 10 minutos, lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente.
- Manter os alimentos refrigerados até a hora do consumo.
- Congelar a carne antes do consumo. O tempo mínimo de congelamento e a temperatura ideal ainda são controversos. O Ministério da Saúde e o [Centro Estadual de Vigilância em Saúde \(CEVS\)](#) do Rio Grande do Sul

recomendam que a carne seja congelada a pelo menos 15°C negativos, por no mínimo 3 dias, em freezer doméstico. No entanto, a recomendação mais conservadora sugere que a carne seja congelada em freezer doméstico a pelo menos 18° negativos, por no mínimo 7 dias. O congelador da geladeira não atinge essas temperaturas, somente o freezer;

- Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia após a preparação dos alimentos.
- Evitar contaminação cruzada de alimentos crus com alimentos cozidos.
- Não consumir qualquer tipo de carne crua (gado, frango, porco, peixe, frutos do mar, entre outros), mal cozida ou mal passada e não provar a carne crua durante seu preparo. Cozinhar a carne até perder completamente a cor avermelhada.
- Evitar ingerir carnes defumadas ou curadas em salmoura (embutidos salame, copa, linguiça).
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Controlar vetores e pragas (ratos, moscas, baratas e formigas), descartando corretamente o lixo doméstico e os dejetos de animais.
- Evitar o contato com cães que andam soltos (os cães também podem transmitir a doença ao sujar o pelo no solo onde haja fezes de gato).
- Manter o gato bem alimentado com ração, não deixando que ele faça ingestão de caça ou de carne crua
- Evitar que a troca da caixa de areia de gatos domésticos seja feita pela gestante(a troca pode ser feita por outra pessoa) e, caso não seja possível, deve-se limpar e trocar a caixa diariamente, utilizando luvas e pá, além de colocá-la ao sol com frequência
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo e lavar bem as mãos após, se isso ocorrer.

Para o Rastreamento:

Encaminhar Gestante para coleta nos laboratórios conveniados (**NÃO encaminhar para os postos de coleta nas Unidades de Saúde**). Coleta nos postos de coleta ou laboratório do HMIPV é somente após o teste sorológico e caso o resultado seja IgG Reagente e IgM Reagente ou indeterminado

CONDUTAS

Se Resultado for IgG reagente e IgM reagente ou Indeterminado:

- **Iniciar tratamento** (conforme Quadro 2)
- **Encaminhar** para Consulta de PNAR no GERCON, evoluir na solicitação de consulta no Gercon especificando o motivo do encaminhamento: IgG reagente e IgM reagente ou Indeterminado para Toxoplasmose; **sempre informar IG**
- **Notificar** no SINAN ([clique aqui](#))
- **Solicitar Teste de Aidez.** A gestante deve ser encaminhada para a coleta nos pontos de coleta distribuídos nas coordenadorias com requisição manual em mãos. Para mais informações [clique aqui](#)

Quadro 1 – Sorologia para toxoplasmose: interpretação e conduta

RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO e CONDUTA	
		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG Reagente	IgM Não Reagente	Imunidade remota: gestante não suscetível	Não solicitar nova sorologia
IgG Não Reagente	IgM Não Reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primária; Repetir sorologias trimestrais pelo menos , de preferência bimestrais
IgG Reagente	IgM Reagente ou Indeterminado	Suspeita de infecção na gestação	Iniciar tratamento conforme idade gestacional Encaminhar ao pré-natal de alto risco (especificar motivo: IgG e IgM reagente para toxoplasmose e Idade Gestacional). Notificar no SINAN (clique aqui) Solicitar Teste de Aidez (clique aqui)

IgG não reagente	IgM Reagente/Indeterminado	Suspeita de infecção aguda na gestação	Iniciar tratamento conforme idade gestacional Encaminhar ao PNAR Notificar no SINAN Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas
------------------	----------------------------	--	--

[Fonte: Telecondutas - Toxoplasmose na Gestação](#)

Quadro 2 - TRATAMENTO

<16 semanas	Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina®);
≥ 16 semanas Esquema tríplice:	Sulfadiazina 500 mg 2 cp, 8/8 h ou 3 cp, 12/12h + Pirimetamina 25 mg, 2 cp, 1x/dia + Ácido fólico* 15 mg, 1 cp, 1x/dia.

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

ANEXO F - ORIENTAÇÕES PRÉ-CONCEPCIONAIS

- Vacinação para rubéola e hepatite B em mulheres em idade fértil;
- Uso de ácido fólico para prevenção de malformações do tubo neural (400mcg/dia a 5 mg/dia, 2-3 meses antes da concepção e manter nos três primeiros meses de gestação);
- Avaliar riscos da utilização de medicação de uso contínuo na gestação (corticóides, anticonvulsivantes, hipoglicemiantes orais, etc);
- Aconselhamento genético para mulheres com idade superior a 35 anos, história pessoal ou familiar de criança com defeito aberto do tubo neural, risco étnico para condições genéticas detectáveis, história familiar ou pessoal de doença cardíaca congênita, resultados anormais do teste tríplice em gestação prévia, história pessoal ou familiar de anormalidades cromossômicas, diabetes prévio à gestação, abortamento habitual, exposição a drogas teratogênicas, história de uso de quimioterapia ou radiação, história pessoal ou familiar de hemofilia, distrofia muscular, fibrose cística, Coréia de Huntington, acondroplasia, síndrome de Marfan, deficiência de G6PD, fenilcetonúria, retardo mental ou desenvolvimento anormal;
- Aconselhamento sobre uso de tabaco, álcool, e outras drogas lícitas ou ilícitas;
- Vacinação para influenza;
- Teste rápido para HIV, Sífilis, hepatite B e hepatite;
- Sorologia para Toxoplasmose e prevenção primária;
- Detecção do risco reprodutivo da mulher para realizar aconselhamento. Detectar patologias crônicas não previamente diagnosticadas, ou patologias crônicas descompensadas, como diabetes melitus, hipertensão arterial crônica, dislipidemias, etc. Desaconselhar a gestação se o risco for importante e programar para a concepção ocorrer após a estabilização e tratamento das patologias clínicas;
- Orientar hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividades esportivas).

ANEXO G - USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas antes e durante a gestação representa risco à saúde da gestante e do bebê, sendo recomendada tolerância zero ao álcool nesse período. O álcool atravessa a placenta, expondo o feto às mesmas concentrações do sangue materno, com maior impacto devido ao metabolismo e à eliminação mais lenta, mantendo o líquido amniótico impregnado. Essa exposição compromete o desenvolvimento cerebral e corporal do bebê e pode resultar no Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (FASD)

Os efeitos comuns incluem características:

- Distúrbios mentais;
- Dificuldade de coordenação motora;
- Hiperatividade;
- Déficit de atenção;
- Distúrbio de memória;
- Dificuldade de aprendizado;
- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Deficiência intelectual;
- Deficiência na capacidade de julgamento e raciocínio;
- Distúrbios físicos;
- Anomalias faciais;
- Microcefalia;
- Problemas de visão e audição;
- Problemas cardíacos, renais e de ossos.

Quadro 9 - Uso de drogas na amamentação

GRUPO DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO: Suspender amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTIINFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS	Sais de Ouro	Fenilbutazona indometacina dextropropoxifeno.	Ácidos mefenâmico e flufenâmico. Diclofenaco. Piroxicam.
		Doses elevadas/ uso prolongado: morfina, codeína, naproxeno (não mais do que 01 semana)	Cetoprofeno, ibuprofeno, colchicina. Paracetamol
		Petidina, salicilatos.	Uso de curta duração: dipirona, morfina, codeína, petidina, salicilatos.
ANTIBIÓTICOS E ANTI INFECCIOSOS		Clindamicina, cloranfenicol, imipenem.	Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbenicilina, oxacilina,
		Sulfametoxazol, sulfonamidas, nitrofurantoína, Ácido nalidíxico.	Cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina,

			Vancomicina, eritromicina, azitromicina, claritromicina,
--	--	--	--

GRUPO DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO Suspender a amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
		Quinolonas: evitar ciprofloxacino, preferir norfloxacino.	Lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos.
		Antivirais. Escabicidas: lindano e monossulfiram. Antimicóticos: cetoconazol, Itraconazol, terconazol, isoconazol. Metronidazol, Tinidazol, furazolidona. Antimaláricos. Pirimetamina. clofazimina, dapsona.	Antivirais: aciclovir, idoxuridina. Escabicidas: exceto lindano e monossulfiram. Antimicóticos: miconazol, nistatina, Fluconazol, clotrimazol, anfotericina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Anti Esquistossomóticos. Pentamidina, Antimoniato de meglumina.

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Anfetaminas, cocaína, heroína	Antidepressivos: amitriptilina, imipramina, lítio.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam.
	LSD, maconha	Moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina.	Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproico.

	Tamoxifen. Andrógenos.	Anticonvulsivantes: fenobarbital, butabarbital,	Clomipramina.
		Primidona, difenilhidantoína, etosuximida,	
		Clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol,	
		Droperidol, pimozida, sulpirida, clorpromazina,	
		Levomepromazina, flufenazina, periciazina,	
		Derivados da ergotamina (anti-enxaqueca).	
		Antiparkinsonianos.	
		Hipoglicemiantes orais.	Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS			

	Bromocriptina, cabergolina.	Propiltouracil, carbimazol, metimazol.	(microdosagem, espermicidas, DIU com progestogênio).
	Misoprostol. Mifepristone.	Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado.	Corticosteróides: uso de curta duração.

GRUPO DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO: Suspender a amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
	Estrógenos: doses elevadas.	Ocitocina, ergonovina.	
	Amiodarona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol.	Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida,
MISCELÂNEA	Antineoplásicos citotóxicos/imunossupressores	Teofilina, aminofilina.	Antieméticos: metoclopramida, bromoprida, alizaprida, domperidona.
MISCELÂNEA		Iodetos, iodopovidona.	Anti-histamínicos: preferir loratadina. à descongestionantes.

MISCELÂNIA	Substâncias radioativas.	Antitussígenos.	Mucolíticos: exceto iodetos. Broncodilatadores orais e inalados.
	Fenindiona.	Nafazolina, oximetazolina, fenilefrina	Heparina, warfarin, dicumarol.
		Carisoprodol.	Betabloqueadores: propranolol, labetalol. Digitálicos. Bloqueadores de canais de cálcio: nifedipina, verapamil.
		Clonidina. Pizotifeno.	Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina. Diuréticos. Lidocaína.
		Reserpina	Laxativos
		Nicotina	Vitaminas. Imunoglobulinas. Vacinas.

[Amamentação e uso de drogas](#)

ANEXO H - RASTREAMENTO UNIVERSAL DA DOENÇA FALCIFORME NO PRÉ-NATAL

A doença falciforme é caracterizada por uma alteração genética no gene que produz a hemoglobina A, originando outra, a hemoglobina S. Existem outras hemoglobinas mutantes, tais como a C, D, E, etc. Em par com S, integram o grupo denominado DF. A associação mais conhecida é a anemia falciforme, quando o gene está em homozigose (Hb SS). Para ser considerada pessoa que vive com DF, esta deve herdar a hemoglobina S de ambos os pais. Caso herde apenas de um deles a hemoglobina S, esta será considerada portadora de traço falciforme (TF) (BRASIL, 2014).

A gestação na doença falciforme está associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais. A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises álgicas e infecções. A doença pode interferir na evolução normal da gestação, ocorrendo riscos significativamente maiores de morte nas grávidas com a doença quando comparadas com as mulheres saudáveis. O aumento das oportunidades de prevenção e intervenção está relacionado com o entendimento da doença pela paciente, as condições médicas oferecidas no pré-natal e durante o parto, a previsibilidade das complicações relacionadas à gravidez e sua correta abordagem precoce.

A taxa de morbidade materna permanece elevada, com elevada prevalência de complicações, como: pielonefrite, pneumonia, septicemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, eventos tromboembólicos, síndrome torácica aguda, sangramento anteparto, descolamento prematuro da placenta, prematuridade, endometrite e infecções pós-parto, cesárea, necessidade de transfusões sanguíneas, hipertensão pulmonar, entre outras. A morbidade fetal também é significativa, incluindo: aborto, restrição de crescimento, óbito fetal, prematuridade e recém-nascido de baixo peso. As complicações urinárias são muito frequentes na primeira metade da gestação sendo recomendado o tratamento rigoroso da **bacteriúria assintomática**. As alterações placentárias na DF incluem:

- Redução do tamanho em decorrência da diminuição do fluxo sanguíneo causado pela vaso oclusão;

- Maior incidência de placenta prévia em decorrência da hipóxia endometrial.

As causas do descolamento prematuro da placenta são pouco claras, podendo ocorrer devido à necrose da decídua basal ou a grandes infartos. Os riscos materno-fetais incluem aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto, infecções do trato urinário, complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia e óbito. Nas complicações fetais observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intra-uterino devido a vaso-oclusão placentária, sofrimento fetal durante o trabalho de parto e no parto, além de elevação da taxa de mortalidade perinatal (Manual de Educação em Saúde, Volume 1, Autocuidado na Doença Falciforme do Ministério da Saúde).

O rastreamento e diagnóstico **precoce** de DF na gestante é essencial e pode ser feito através de exames como a Eletroforese de Hemoglobina no primeiro trimestre ou no momento de captação da gestante.

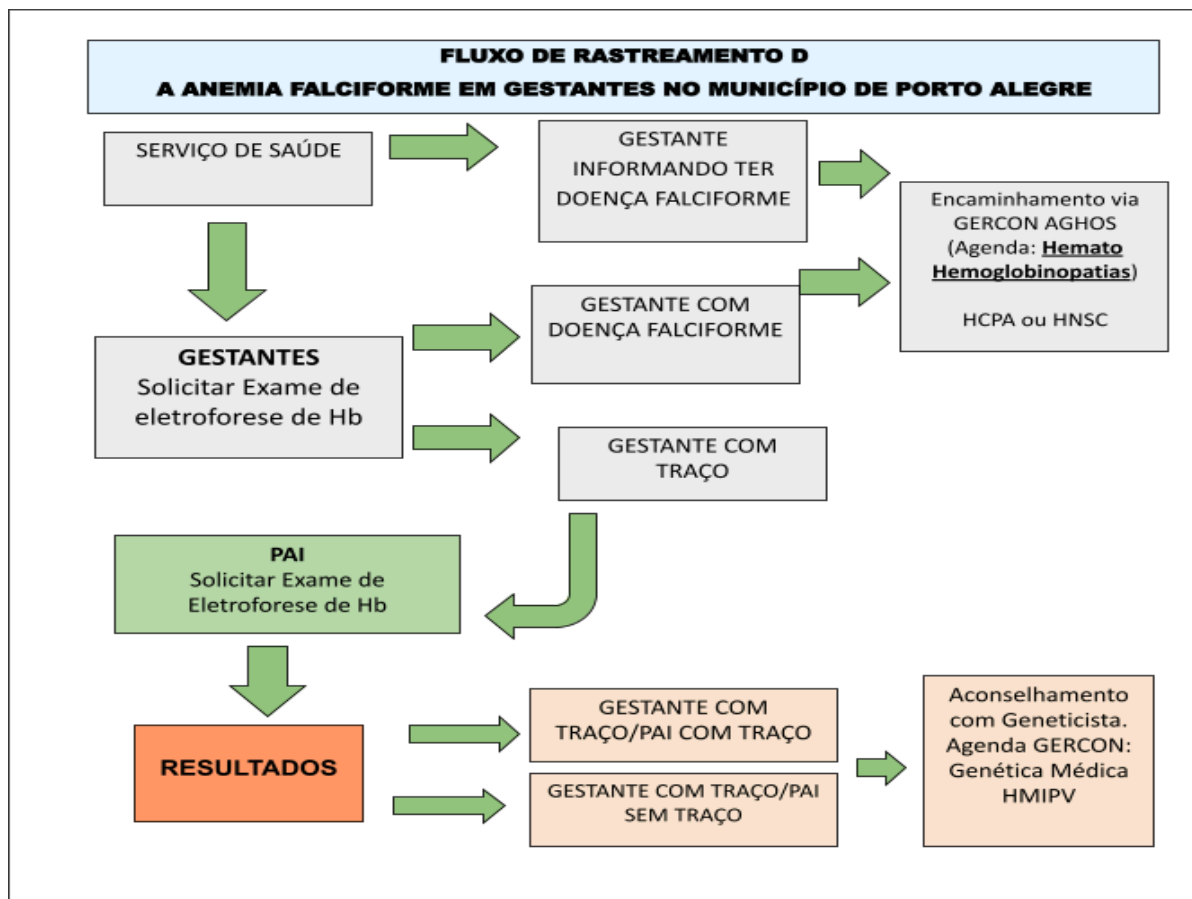
Com o diagnóstico no programa de pré-natal, uma rede organizada tendo a Atenção Básica como suporte e a garantia do sistema de referência poderemos gerar grande impacto no perfil de morbimortalidade e qualidade de vida para as gestantes tratadas adequadamente.

FLUXO DE ATENDIMENTO E CUIDADOS:

- Agendar primeira consulta de pré-natal com enfermeiro, médico de família ou ginecologista;
- Encaminhar via regulação para agenda de pré-natal de alto risco;
- Prescrições de sulfato ferroso serão realizadas conforme avaliação do **PNAR** e/ou Hematologista, somente se ferropenia, semelhante às condutas em crianças pequenas e doença falciforme; doença falciforme orientação sobre o uso de sulfato ferroso em crianças;
- Manter uso de ácido fólico 5 mg/d;
- Orientar sobre o cuidado com as mamas e o aleitamento materno;
- Encaminhar para avaliação de saúde bucal;
- Encaminhar para avaliação nutricional;
- Promover ações de autocuidado;
- Orientar sobre ingestão hídrica, esforços físicos, dificuldades e intercorrências;

- Avaliar situação vacinal preconizada para gestantes conforme PNI e indicar vacinação Pneumo 23, caso necessário, no último trimestre de gestação;
- Manter trabalho conjunto no pré-natal entre serviço de referência e APS;
- Orientar a gestante a reconhecer sinais de alerta para infecções e outras complicações;
- Realizar visita domiciliar pelo ACS;
- Encaminhar para o CRAS, para inscrição no CADÚNICO.

Fluxograma 3 - Rastreamento da Doença Falciforme em Gestantes



Puerpério na Doença Falciforme

- Agendar consulta de binômio com enfermeira da unidade de referência na APS. A consulta deve ser agendada entre o 3º e 5º dia de vida do bebê;
- Agendar consulta de planejamento familiar para 30 dias após o parto;

- Orientar manutenção de ingesta hídrica, mantendo uma boa hidratação;
- Prevenir tromboembolismo: deambulação precoce e uso de meias elásticas;
- Manter ácido fólico (5mg) ao dia durante a amamentação em gestantes com doença falciforme;
- Prescrições de sulfato ferroso serão realizadas somente conforme avaliação do PNAR e/ou Hematologista;
- Realizar visita domiciliar mensal pelo ACS;
- Medidas contraceptivas para as mulheres com Doença Falciforme que assim desejarem, os métodos contraceptivos mais recomendáveis são DIU hormonal e progestágenos isolados devido menor risco de ocorrência de trombose.

Saúde Sexual e Reprodutiva

A necessidade de planejamento reprodutivo familiar adequado para essa população principalmente realizada por meio contracepção. A Organização Mundial da Saúde recomenda que todos os métodos contraceptivos possam ser prescritos para mulheres com anemia falciforme, sendo os contraceptivos apenas com progestagenos os mais indicados devido à inibição da falcização intravascular. Entre eles:

- Acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml -> CAT 1-Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Implantes hormonais de progestágenos Categoria 1 (OMS);
- DIUS com progestágenos -> Categoria 1 (OMS);
- DIU de cobre - Categoria 1 (OMS);
- Anticoncepcional Oral - etinilestradiol abaixo de 35 µg - Categoria 2 (OMS)
- Injetáveis combinados - Categoria 2 (OMS).
- Oferecer ligadura tubária para mulheres com prole definida e para aquelas com alto risco de morte em gestações futuras.

INTERPRETAÇÃO DO EXAME DA ELETROFORESE DA HEMOGLOBINA EM ADULTOS

A hemoglobina padrão é chamada de **Hemoglobina “A”**.

As hemoglobinas que não forem “**A**” são chamadas de variantes.

Quando no resultado, está escrito apenas um A, por exemplo. AS ou AC ele deve ser considerado como um resultado que indica uma característica ou padrão familiar, ou seja, a pessoa é TRAÇO FALCIFORME ou HETEROZIGOTO para hemoglobina S ou C (Hb AS ou Hb AC) e a pessoa deve ser orientada ao ambulatório de Aconselhamento Genético. Quando no resultado não existir nenhum A, o teste deve ser considerado ALTERADO ou HOMOZIGOSE para hemoglobina S ou C (Hb SS, Hb SC ou Hb CC).

RESULTADOS POSSÍVEIS:

Hb AA – padrão ou normal: sem necessidade de encaminhamento;

Hb AS - heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme;

Hb AC – heterozigose para hemoglobina C: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme;

Hb A com variante qualquer - encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme;

Hb SS ou SC - doença falciforme ou ainda Hb S + outra variante, ou Hb C + outra variante: além do ambulatório de aconselhamento genético é necessário encaminhar a gestante para para os centros de referência em tratamento; Agenda GERCON _ Hemato Hemoglobinopatias (HCPA e HNSC).

Quadro 10 - Eletroforese de Hemoglobina na Primeira Consulta Pré-Natal

Resultado Positivo	Encaminhar para pré-natal nos ambulatórios de hemoglobinopatias de referência.
Resultado Negativo	Permanece na rede para acompanhamento de pré- natal.
Resultado positivo para Traço Falciforme	Orientar parceiros para coleta de eletroforese de hemoglobina. Orientação e aconselhamento genético.

ANEXO I - DIRETRIZ PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

- Ter pelo menos 7 dias de atraso menstrual;
- Se o teste for negativo e a paciente persistir com atraso menstrual, deve retornar em 48 ou 72 horas e **fazer o teste com a primeira urina da manhã**;
- O teste de gravidez dando positivo, imediatamente deverá ser agendada consulta de pré-natal e já realizar os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais;
- Se o atraso menstrual persistir e o teste continuar negativo, solicitar o exame de BHCG. (coleta de sangue no laboratório); • Orientações para a realização do teste:
- Coletar a urina em um recipiente limpo, seco e sem conservante (pote coletor de urina);
- Retirar uma tira reagente do frasco, contendo várias tiras reagentes;
- Introduzir a tira reagente na posição vertical no recipiente contendo a amostra de urina até a marca indicada (nível máximo) na tira reagente;
- Aguardar 5 minutos para ler o resultado (nunca ultrapassar 10 minutos para a leitura do teste);
- Aparecerá em 5 minutos, uma faixa colorida no espaço superior da membrana (Área de controle), mostrando que o teste está completo;
- Confiabilidade do Teste Rápido de Gravidez 99,04%.

LEITURA:

Se outra faixa colorida aparecer logo abaixo o teste é POSITIVO.

Se esta faixa for de coloração clara, ou seja, com intensidade de cor menor que a da área controle, o teste também é POSITIVO.

Se não houver esta faixa o teste será NEGATIVO.

Portanto:

- **Teste POSITIVO:** duas faixas (Controle e outra abaixo) • **Teste NEGATIVO:** Somente uma faixa

Obs: No caso de não haver o desenvolvimento da faixa colorida na área de controle, o teste deve ser desconsiderado e repetido.

ANEXO J - PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL

O protocolo estabelece o rastreamento universal de diabetes para todas as gestantes, com o objetivo de padronizar o diagnóstico e identificar qualquer grau de intolerância à glicose, conforme recomendações da American Diabetes Association (ADA) e endosso do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). As gestantes com diabetes mellitus gestacional (DMG) devem ser orientadas sobre os impactos da condição na gravidez e sobre a importância do adequado controle glicêmico para reduzir riscos como macrossomia fetal, traumas no parto, cesariana, hipoglicemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório e mortalidade perinatal.

É fundamental reforçar a adoção de hábitos saudáveis, incluindo exercício físico, controle alimentar e do peso, especialmente em mulheres com IMC ≥ 25 kg/m². Considera-se rastreamento positivo para DMG a glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL na primeira consulta de pré-natal, sem necessidade de teste de tolerância à glicose (TTG). Valores ≥ 126 mg/dL sugerem diabetes pré-gestacional. Gestantes com glicemia < 92 mg/dL antes de 24 semanas devem realizar TTG 75 g entre 24 e 28 semanas, sendo diagnosticadas com DMG aquelas que apresentarem uma ou mais medidas alteradas conforme os pontos de corte estabelecidos

- JEJUM ≥ 92 ,
- 1 hora ≥ 180 mg%,
- 2 horas ≥ 153 mg%.

Para as gestantes que fizerem a primeira consulta de pré-natal **com mais de 24 semanas**, deve ser solicitado o TTG 75 como rastreamento inicial. (TelessaúdeRSUFRGS2019).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para PréNatal de Alto Risco:

- **Diabetes mellitus na gestação** (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl identificada na gestação);

- **Diabetes mellitus gestacional com necessidade de tratamento farmacológico para obter controle glicêmico adequado; ou gestante com hipertensão crônica.;**
- O tratamento **não** farmacológico (orientações nutricionais e atividade física apropriada) deve ser iniciado em todas as gestantes com DMG;
- Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas (glicemia capilar em jejum <95 mg/dl ou 2 horas após a refeição <120 mg/dl) orienta-se **iniciar tratamento farmacológico** e encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco. **(+ de 30% das leituras alteradas).**

O conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce)
- Diagnóstico de diabetes prévio a gestação (sim ou não); Se sim, qual o tipo (DM1 ou DM2)?
- Resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data
- Se diabetes gestacional, descrição de controle glicêmico após 2 semanas do tratamento não farmacológico (2 semanas)
- Descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes
- Número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS

O tratamento não farmacológico do diabetes mellitus gestacional baseia-se na avaliação do perfil antropométrico da gestante, de seus hábitos alimentares, da acessibilidade aos alimentos e de suas condições clínicas, socioeconômicas e culturais. O objetivo é alcançar o controle glicêmico adequado, promover ganho de peso materno apropriado e prevenir desfechos fetais e neonatais desfavoráveis. Na ausência de complicações ou contraindicações médicas e obstétricas, a prática de exercícios físicos durante a gestação é segura, recomendada e benéfica.

Tratamento Não Farmacológico do Diabetes Mellitus Gestacional

Terapia Nutricional

Avaliação dos hábitos alimentares, considerar:

- Dieta habitual da gestante, número de refeições, grupos e quantidade de alimentos consumidos.
- Consumo de refrigerantes, bebidas alcoólicas, infusões em geral (café, chá e mate), alimentos com alto índice glicêmico, doces, produtos diet e light e, os tipos de edulcorantes utilizados, consumo de alimentos processados e ultra processados e alimentos ricos em lipídios.

Avaliação clínica:

- Questionar a presença de sintomatologia digestiva (náuseas, vômitos, pirose, constipação, sialorréia) que pode interferir na alimentação
- Investigar casos de picamalácia, como por exemplo: terra, tijolo, gelo, água de sabonete, dentre outros; ou combinações alimentares atípicas como fruta verde embebida em salmoura, pé-de-moleque com pão). Esse transtorno alimentar pode associar-se com anemia, estresse, ansiedade e depressão em gestantes com DMG.

Ministério da Saúde, 2019.

portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

O tratamento é feito com dieta, exercícios físicos, medicamentos (insulina ou comprimidos) e orientações sobre os cuidados com a diabetes durante toda a gestação.

[Guia Para Atividade Física - MS](#)

[Protocolo Guia Alimentar Gestante - MS](#)

[Guia Alimentar Adulto DM - MS](#)

META PARA CONTROLE GLICÊMICO GLICEMIA CAPILAR

Jejum <95 mg/dl

1ª hora pós prandial <140 mg/dl

2 horas pós prandial <120 mg/dl

DIABETES MELLITUS PRÉVIO:

1ª consulta:

- TRs;
- Exames de rotina de pré-natal;
- Creatinina
- Em DM1 solicitar relação P/C na 1ª consulta para rastreio de dano renal prévio;

- Iniciar profilaxia da pré-eclâmpsia (AAS 100 mg ao dia) se a gestante estiver por volta das 12 semanas e idealmente abaixo de 16 semanas. O início da profilaxia até as 20 semanas é aceitável;
- Encaminhar ao PNAR.

Fluxograma 4 - Rastreamento de Diabetes na gestação



ANEXO K - COVID E GESTAÇÃO

A covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2, caracterizada por alta transmissibilidade e potencial gravidade. Inicialmente, a maior preocupação concentrou-se em gestantes com comorbidades como hipertensão, diabetes e obesidade. Embora a maioria das gestantes apresente quadros leves ou moderados, uma parcela evolui para formas graves, com necessidade de UTI e risco de óbito, especialmente nos dois últimos trimestres da gestação e no puerpério. Revisões sistemáticas demonstraram evolução mais rápida para quadros moderados e graves, com mortalidade materna variando de 0,6% a 2%.

No Brasil, gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto são consideradas grupo de risco para covid-19, reforçando a importância de protocolos assistenciais específicos. A maior gravidade da doença ocorre no terceiro trimestre e no puerpério, períodos que concentram as maiores proporções de óbitos, sobretudo em mulheres com comorbidades, as quais aumentam significativamente o risco de desfechos desfavoráveis.

FORMAS DE TRANSMISSÃO:

- **Saliva e secreções respiratórias:** pode ocorrer pelo contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por meio da saliva e secreções respiratórias expelidas com tosse, espirros, fala ou canto:
 - Gotículas respiratórias: partículas de maior tamanho que depositam mais rapidamente;
 - Aerossóis: partículas de menor tamanho que permanecem infectantes suspensas no ar por longas distâncias e tempo (até 3 horas);
 - Contato indireto: a transmissão ocorre quando o indivíduo suscetível toca objetos ou superfícies contaminadas por gotículas respiratórias e, em sequência, toca o rosto, boca, nariz ou olhos (transmissão por fômites).

Transmissão materno-fetal:

A transmissão vertical do SARS-CoV-2 pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e na amamentação, embora seja pouco frequente. A transmissão pelo sangue ainda é incerta, havendo relatos de viremia transitória e de baixa carga viral em pequena proporção de pacientes sintomáticos. Estudos demonstraram a presença do receptor ACE-2 no trofoblasto e positividade em cerca de 13% dos neonatos de gestantes infectadas no momento do parto, sem associação da amamentação com aumento do risco de infecção neonatal.

As evidências indicam que a transmissão vertical não é influenciada pela via de parto, clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele, amamentação ou alojamento conjunto, desde que mantidas as medidas de precaução.

A Organização Mundial da Saúde reforça que os benefícios do aleitamento materno superam o baixo risco de transmissão. A avaliação da gravidade da gestante e da puérpera é fundamental para o manejo e prognóstico, sendo recomendado o uso do Escore de Alerta Precoce como ferramenta de apoio à decisão clínica.

QUADRO 11 - Escore de Alerta Precoce COVID

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

Fonte: adaptada de (Poon, Yang et al, 2020)

*Apenas para gestantes com frequência respiratória anormal ou dispnéia

→1 ou mais sintomas de Alerta Vermelho encaminhar para a emergência hospitalar
 →Sintomas normais seguir monitoramento em 24 horas
 →2 ou mais sintomas de Alerta Amarelo encaminhar para emergência hospitalar

QUADRO 12 - Classificação clínica da covid-19 segundo a gravidade

LEVE	MODERADO	GRAVE
Síndrome gripal (SG): <ul style="list-style-type: none"> ● tosse; ● dor de garganta ou coriza seguido ou não de: <ul style="list-style-type: none"> - perda de olfato (anosmia) - alteração do 	- tosse persistente + febre persistente diária OU <ul style="list-style-type: none"> ● tosse ● piora progressiva de outro sintoma 	Síndrome respiratória aguda grave (SRAG): - síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU

<ul style="list-style-type: none"> - paladar (ageusia) - diarreia - coriza - dor abdominal - febre - calafrios - mialgia - fadiga - cefaleia 	<p>relacionado à covid-19 (adinamia - falta de força física), prostração, hipotermia, diarreia</p> <p>OU</p> <p>- pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</p>	<p>pressão persistente no tórax</p> <p>OU</p> <p>saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente</p> <p>OU</p> <p>coloração azulada de lábios ou rosto*</p>
---	---	--

Fonte: Manual de Recomendação para a Assistência à Gestante e puérpera frente à Pandemia de COVID-19 *Importante: em gestantes, observar hipotensão e oligúria.

ESTÁGIO	QUADRO CLÍNICO	EXAME LABORATÓRIO /IMAGEM	MANEJO
GESTANTE OU PUÉRPERA COM RT-qPCR POSITIVO	Ausência de sinais fr > 24 mrpm	Não solicitar	Orientações tel atendimento com atenção a sintomas após 7º dia
DOENÇA LEVE	Segundo o quadro acima e SEM DISPNEIA	Coletar RT-qPCR em nasofaringe - hemograma - creatinina - uréia - sódio, potássio - tgo, tgp, LDH - proteína C reativa	manter isolamento com suporte de hidratação, analgésicos, antitérmicos orientar sobre os sinais de agravamento monitoramento pela equipe de saúde
DOENÇA MODERADA	QUADRO ACIMA		INTERNAÇÃO

MORBIDADE OBSTÉTRICA E PERINATAL

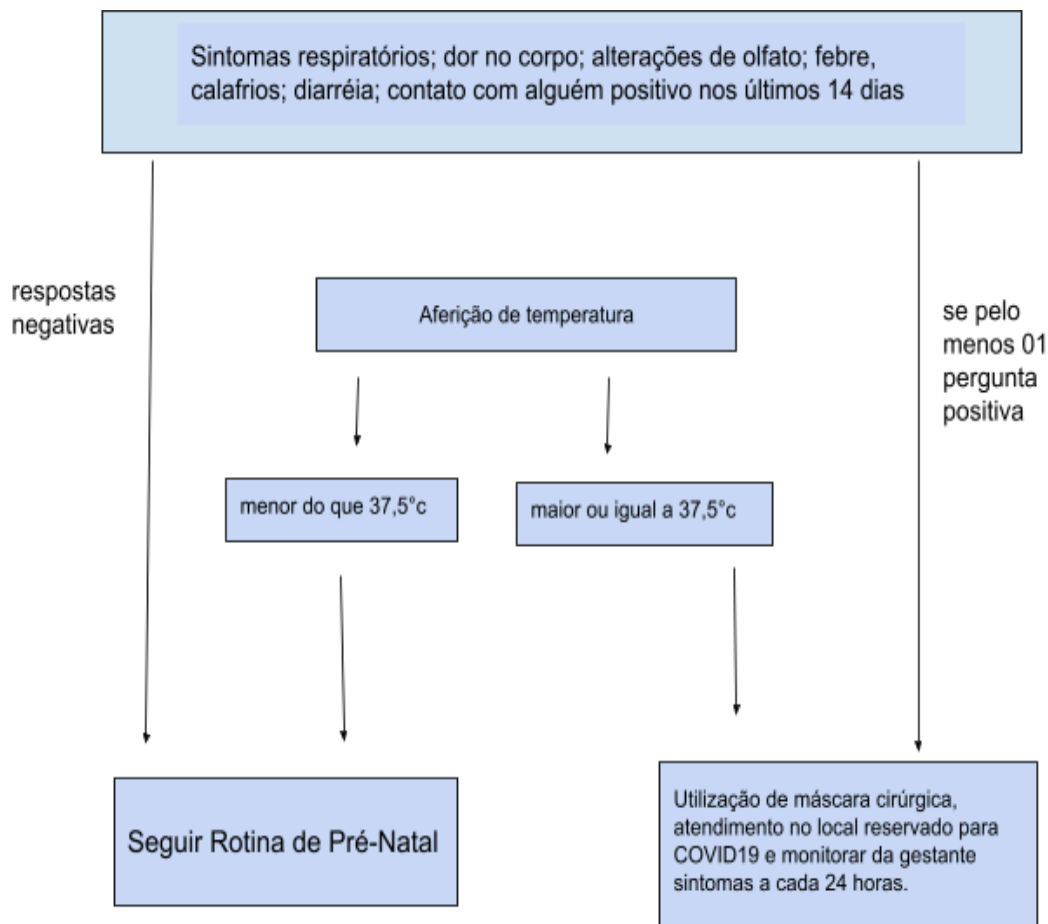
A literatura tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da covid-19 moderada e grave. As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica.

FLUXOS DE ATENDIMENTO NA UNIDADE

Deve ser observado a organização dos fluxos de atendimento de gestantes e puérperas na pandemia da SARS-CoV-2 para a proteção de pacientes, contactantes, recém-nascidos e profissionais da saúde:

- Local de atendimento destinado a gestantes com suspeita ou confirmação para covid-19 identificado e separado do atendimento de rotina com entradas distintas;
- Sinalização com orientações para sintomas da infecção, uso de máscaras cirúrgicas por pacientes sintomáticos;
- Estabelecer equipes dedicadas ao atendimento de gestantes e puérperas durante a pandemia, nas áreas de fluxo diferenciado conforme descrito acima, disponibilização de EPIs necessários à equipe de saúde, tanto para proteção de gotículas quanto de aerossóis, com área sinalizada para a paramentação e desparamentação desses profissionais;
- O pré-natal de todas as gestantes deve ser garantido, podendo haver espaçamento entre as consultas. O intervalo de tempo entre as consultas, deverá ser determinado, levando em consideração a idade gestacional, a presença ou não de doenças maternas ou fetais, comorbidades e a evolução da gestação;
- As gestantes atendidas durante a pandemia covid-19 devem ser triadas para sintomas gripais ou para contato prévio com paciente positivo antes do atendimento de rotina, por telefone 48 horas antes da consulta se possível ou na recepção.

Fluxograma 5 - Fluxo de triagem clínica de COVID para as gestantes



ALEITAMENTO MATERNO E COVID-19

O aleitamento natural é liberado, todavia, sob a efetivação de medidas que garantam a proteção tanto da mãe quanto a do RN. A mãe e seus familiares, juntamente com os profissionais de saúde devem decidir sobre a continuidade da amamentação.

- Orientar o uso de máscara cobrindo nariz e boca durante todo o tempo de amamentação;
- A máscara deve ser trocada em caso de espirro ou tosse ou a cada nova mamada;

- Orientação para higienização das mãos por pelo menos 20 segundos antes de pegar no RN ou de manipular mamadeiras e bombas de leite quando for necessário;
- Evitar falar durante a mamadas;
- Evitar que o bebê toque o rosto da mãe, especialmente boca, nariz, olhos e cabelos; Se for usada extração de leite, todo o equipamento deve ser limpo com água e sabão antes e após o uso;
- Podem solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para ofertar o leite materno em colher ou copinho ao RN;
- Após a mamada, os cuidados com o RN devem ser feitos por outra pessoa que não tenha sintomas ou que não esteja confirmada com covid-19;
- Em caso da troca de fraldas, antes ou após a mamada, a mãe deve usar luvas cirúrgicas, quando possível
- Puérperas não estáveis clinicamente, devem aguardar a melhora clínica para proceder à amamentação, sendo assim, o leite deverá ser ordenhado pela equipe assistencial;
- A anticoncepção no puerpério deve ser continuada, não havendo nenhuma contraindicação para o uso de progestágenos ou DIU de cobre.

ANEXO L TESTES RÁPIDOS

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação Municipal de IST, HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose (CAITS) institui a realização de testes rápidos, na rede de atenção primária, para detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis, Hepatite B e Hepatite C.

Os testes rápidos para HIV são diagnósticos, não sendo necessária nova coleta quando os resultados do TR1 e TR2 forem reagentes. Em casos de discordância entre os testes, ambos devem ser repetidos e, persistindo a divergência, devem ser solicitados exames laboratoriais.

Gestantes com diagnóstico de HIV devem ser referenciadas para o pré-natal HIV via GERCON. Considerando que o HIV pode ser transmitido durante a amamentação, recomenda-se a testagem de gestantes, lactantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal e na internação nas maternidades. Para lactantes, a testagem rápida para HIV deve ser realizada a cada seis meses, iniciando no primeiro mês pós-parto, mesmo diante de resultados prévios não reagentes.

Em situações de maior risco, como relação sexual desprotegida ou exposição a material biológico, o teste rápido deve ser realizado imediatamente, com adoção das profilaxias indicadas, podendo a frequência da testagem ser ampliada conforme o grau de vulnerabilidade.

Em caso de TR positivo deve-se:

- Suspende imediatamente aleitamento materno e ou qualquer tipo de aleitamento com leite humano;
- Medidas como enfaixamento das mamas, evitando o esgotamento;
- Iniciar Cabergolina 0,5mg - 2 comprimidos VO imediatamente (disponível após avaliação na emergência do HMIPV);

- A gestante e o lactante deverão ser encaminhados imediatamente a emergência do HMIPV para avaliação para PEP (avaliação pós exposição) e lá o lactente coletará **carga viral**;
- **Ambos deverão ser inseridos no GERCON para consulta com infectologia HIV adulto e a criança na agenda criança exposta-puericultura;**
- **Notificar exposição.**

[Ficha de Notificação/ Investigação criança exposta ao HIV](#)

O aleitamento materno é uma importante via de transmissão vertical 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 da contagem de linfócitos tipo CD4 (LT-CD4 +).

Deve-se orientar o uso de preservativo nas relações sexuais para todas lactantes e contra indicar o aleitamento em casos de mães HIV positivas (inclusive aleitamento misto).

Se a criança tiver menos do que 12 meses pode ser inserida no projeto de fórmulas lácteas. Para isto entrar em contato com: hivtb@portoalegre.rs.gov.br

TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

- a) O teste rápido deve ser realizado por pessoa capacitada conforme as instruções do fabricante. Esse é um teste treponêmico, análogo, portanto, aos testes FTA-Abs, microhemaglutinação para T. pallidum, enzimaímmunoensaio ou, mais recentemente, quimioluminescência. As reações ocorrem com anticorpos específicos do T. pallidum e os falsos positivos são muito infrequentes . São testes que ficam positivos por toda a vida, independente de tratamento, e indicam que a pessoa tem ou teve sífilis. A vantagem do teste rápido sobre os demais exames é a possibilidade de ser realizado no momento da consulta ou visita ao

posto de saúde, fornecendo o resultado em minutos. Assim, evita a perda de oportunidade de tratamento para as pessoas com sífilis, em especial as gestantes, nas quais o tratamento correto é considerado curativo para o conceito;

- b) O teste rápido positivo indica o início de tratamento imediato visando à perda de oportunidade da gestante;
- c) Todos (gestante e parceria) COM TR+ sífilis devem ser tratados como **sífilis latente tardia**

- Penicilina Benzatina 2.400 000 UI (01 ampola de 1.200.000 em cada nádega) 3 doses com intervalo de 01 semana entre elas (até 9 dias ENTRE UMA DOSE E OUTRA) [Nota Técnica nº 14/2023 - DATHI/SVSA/MS](#)
- Se gestante negativa e parceria positiva- tratar o negativo com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI(01 ampola de 1.200.000 em cada nádega),após o tratamento deverá ser solicitado **VDRL mensal** para acompanhamento sorológico.
- Se parceria negativa e gestante positiva- tratar o negativo com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI(01 ampola de 1.200.000 em cada nádega),após o tratamento deverá ser solicitado **VDRL mensal** para acompanhamento sorológico.

ANEXO M- PARASITOSSES NA GESTAÇÃO

As infecções parasitárias podem comprometer o estado nutricional materno e interferir no desenvolvimento fetal, aumentando o risco de baixo peso ao nascer e parto pré-termo, especialmente em mulheres com desnutrição, anemia ou infecções crônicas. O ideal é que o diagnóstico e o tratamento dessas condições ocorram antes da gestação, uma vez que não há antiparasitários totalmente seguros durante a gravidez. O tratamento de parasitoses intestinais na gestação deve ser reservado a casos graves ou infecções maciças, não sendo recomendado no primeiro trimestre. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene das mãos e controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser incentivadas devido ao impacto positivo na prevenção dessas infecções.(Cadernos de Atenção Básica/Atenção ao pré-natal de baixo risco/2012).

ESCABIOSE E PEDICULOSE:

Tratamento:

A droga de escolha é a loção ou creme com Permetrina 1%. (CDC 2010), categoria B; uma única aplicação é normalmente curativa. Deixar em contato com a pele por 8 a 14 horas, podendo ser reaplicada em 7 dias se os sintomas e sinais persistirem. Enfatizar que a aplicação deve se estender às pregas da pele, entre os dedos das mãos e pés, entre as nádegas, embaixo das axilas e genitália externa. A escabiose pode afetar a cabeça, o escalpo e pescoço em crianças pequenas, e o escabicida deve ser aplicado nestas áreas igualmente. **Não é recomendada a lactação**, pois há excreção no leite materno.

Uso em mães que amamentam: deve-se suspender a amamentação enquanto houver resíduo do medicamento nas mamas. Recomenda-se esgotar as mamas previamente e fornecer o leite materno em copinho.

QUADRO 13 - Medicamentos Indicados na Terapêutica das Helmintíases e Protozooses Intestinais durante a Gestação

Helmintíase	Medicamento	Posologia
Ancilostomíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Ascaridíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Esquistossomose	Oxamniquine Praziquantel Ditioletona	CONTRA INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos
Himenolepiase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes por dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos

Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Protozoose	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias
Giardiáse	Metronidazol	250mg, duas vezes por dia, por VO, durante sete dias

ANEXO N- PATOLOGIAS NA GESTAÇÃO

ALTERAÇÕES TIREOIDIANAS NA GESTAÇÃO

A gestação provoca alterações fisiológicas na função tireoidiana materna, que podem ser agravadas pela autoimunidade tireoidiana ou pela deficiência de iodo, resultando em hipotireoidismo materno e/ou fetal e em complicações para a mãe e o desenvolvimento do feto. Estudos demonstram que o hipotireoidismo materno não tratado está associado a prejuízo no desenvolvimento intelectual da criança. Por isso, mulheres com diagnóstico prévio devem ser orientadas a estabilizar a doença antes da gestação.

O hipotireoidismo é relativamente frequente em mulheres em idade reprodutiva, com prevalência estimada entre 0,3% e 25%, variando conforme o país. Em regiões sem deficiência de iodo, a principal causa é a doença tireoidiana autoimune. A disfunção tireoidiana está associada a complicações como hipertensão gestacional e baixo peso fetal. Durante o primeiro trimestre ocorre redução transitória do TSH, relacionada aos níveis elevados de hCG. A triagem universal de gestantes assintomáticas não é recomendada, devendo o TSH ser solicitado apenas em casos de suspeita clínica ou histórico prévio de disfunção tireoidiana.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento PNA:

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou paciente com hipotireoidismo primário usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina sem controle adequado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
- Diagnóstico de doença tireóidea prévia à gestação (sim/não);

- Resultado de TSH com data;
- Resultado de T4-livre ou T4 total, com data;
- Tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia); • Número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Valores de referência do TSH na gestação: (na ausência de valores normais estabelecidos pelo laboratório).

Diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e hipertireoidismo na gestação

1º trimestre	0,1 a 0,4 mU/L
2º trimestre	0,5 a 4,5 mU/L
3º trimestre	0,5 a 4,5 mU/L

Tireotoxicose gestacional transitória Hipertireoidismo (mais comum a Doença de Graves)

- TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) associado a elevação de T4 ou T3 total até 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes (aumento fisiológico de globulina ligadora da tiroxina e de T4 total na gestação);
- Ausência de marcadores autoimunes (TRAb);
- Costuma estar associado a hiperêmese gravídica, gestações múltiplas e doença trofoblástica gestacional (situações com hCG muito elevado);
- Características clínicas de Graves geralmente ausentes;
- TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) associado a elevação de T4 ou T3 total **acima de** 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes;
- Marcadores autoimunes (TRAB) positivos em 95% dos casos.

Atentar para as características clínicas de Graves

- a) Oftalmopatia;

- b) Bócio (com ou sem sopro);
- c) Alterações ungueais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019)

ANEXO O - HIPERTENSÃO EM GESTANTES:

Classificação das formas de manifestação da hipertensão na gestação:

Como hipertensão arterial na gestação, define-se a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (em 02 medidas com intervalos de 4 horas entre uma medida e outra).

Hipertensão Arterial Crônica:

- Hipertensão arterial que está presente antes da ocorrência da gestação;
- **OU** diagnosticada antes da 20^a semana da mesma;
- **OU** diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que se mantém além da 12^a semana após o parto.

Hipertensão Gestacional:

- Hipertensão arterial presente após a 20^a semana de gestação;
- SEM proteinúria associada;
- Gestante previamente não hipertensa;
- Retorno aos níveis normais após a 12^a semana de puerpério.

Pré-Eclâmpsia:

- Hipertensão arterial presente após a 20^a semana de gestação;
- COM proteinúria associada;
- Gestante sem história de hipertensão prévia.

Hipertensão Arterial Crônica Com Pré-Eclâmpsia Ajuntada:

- Hipertensão arterial crônica

- Ausência de proteinúria antes da 20ª semana de gestação;
- Presença de proteinúria após as 20 semanas;
- OU hipertensão arterial crônica com manifestação de proteinúria na primeira metade da gestação e na qual, após a 20ª semana, verifica-se aumento repentino no valor da proteinúria ou da pressão arterial previamente controlada.

Eclâmpsia:

- Presença de convulsões na paciente com pré-eclâmpsia.

PROFILAXIA PRÉ ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا

A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil, podendo levar a complicações graves, como parto prematuro e óbito materno e neonatal. Para reduzir esse risco, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica Conjunta nº 251/2024, que estabelece a suplementação universal de cálcio para gestantes na Atenção Primária à Saúde (APS).

Estudos mostram que a suplementação diária de cálcio reduz em até 55% o risco de pré-eclâmpsia. A nova diretriz recomenda que todas as gestantes recebam suplementação diária de cálcio, seguindo este protocolo:

- Público: **todas** as gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), com início da suplementação a partir da 12ª semana de gestação até o parto;
- Dosagem: dois comprimidos diários de carbonato de cálcio (1.250 mg, equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar);
- Prescrição: pode ser feita por médicos, enfermeiros e nutricionistas das equipes da APS;
- Cuidados na administração: o suplemento não deve ser ingerido junto com a suplementação de ferro, sendo necessário um intervalo de duas horas entre os suplementos para garantir a absorção adequada de cada um.

- A conduta preventiva nas síndromes hipertensivas da gestação inclui a identificação dos fatores de risco com intervenção e controle destes se possível, a aferição periódica da pressão arterial (PA) durante todo o pré-natal.

Para os casos de risco de pré eclâmpsia durante a gestação como:

- Histórico de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome de HELLP em gestações anteriores
- Hipertensão crônica
- Diabetes prévia
- Doença renal
- Doença auto imune
- Gestação múltipla

É indicado:

- **Ácido Acetilsalicílico:** 100 mg de preferência entre a 12^a e a 16^a semanas de gestação, após o jantar. Não começar a profilaxia se a gestante estiver com mais de 20 semanas na primeira consulta de PN;

Utiliza-se até a 37^a semana, quando será avaliada a via de parto, no caso da gestante ter desenvolvido alguma complicação. Entretanto, apesar de a suplementação de cálcio parecer reduzir a pressão sanguínea diretamente, não impede a lesão endotelial associada à pré-eclâmpsia.

IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DO QUADRO HIPERTENSIVO EM GESTANTE

Todas as pacientes com pico hipertensivo (PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg em 02 medidas com intervalos de 4/4 horas entre uma medida e outra) DEVEM SER

ENCAMINHADAS para a emergência da sua maternidade de referência para avaliação clínica obstétrica.

Se PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente para

que seja encaminhada para a emergência da sua maternidade de referência.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, adaptado de ACOG (2019).

CONDUTAS:

Hipertensão crônica compensada (PAS < 140 mmHg E PAD < 90 mmHg):

- Encaminhar para PNAR (especificar o quadro em relação ao uso de medicações prévias e comprometimento sistêmico da gestante);
- Verificar se a medicação anti-hipertensiva é compatível com a gestação; caso contrário, trocar para metildopa 250 mg de 8/8 horas. Até a consulta do PN avaliar os níveis tensionais de 2/2 dias, mantê-los entre **PAS < 140 mmHg E PAD < 90 mmHg**, evoluindo progressivamente a posologia, se necessário, podendo chegar até o momento da consulta a 3g ao dia (conforme o quadro abaixo):

MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	POSOLOGIAS PROGRESSIVAS PARA O CONTROLE
METILDOPA (comprimidos de 250 mg)	750 a 3g/dia	-250 mg 8/8 horas -250 mg de 6/6 horas -500 mg de 8/8 horas -500 mg de 6/6 horas -750 mg de 6/6 horas

As doses devem ser ajustadas de 2/2 dias até obter o controle (**PAS < 139 mmHg e/ou PAD < 89 mmHg**), **SE a PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg**,encaminhar à urgência da maternidade de referência.

- Se na 1ª medida, ao chegar na APS a PA estiver **PAS ≥ 140 mmHg E/OU PAD ≥ 90 mmHg**, medir em 4 horas e se persistir aumentar a dose .

É **IMPORTANTE** QUE NÃO ULTRAPASSE PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg, neste caso, encaminhar à urgência da maternidade de referência.

HIPERTENSÃO GESTACIONAL:

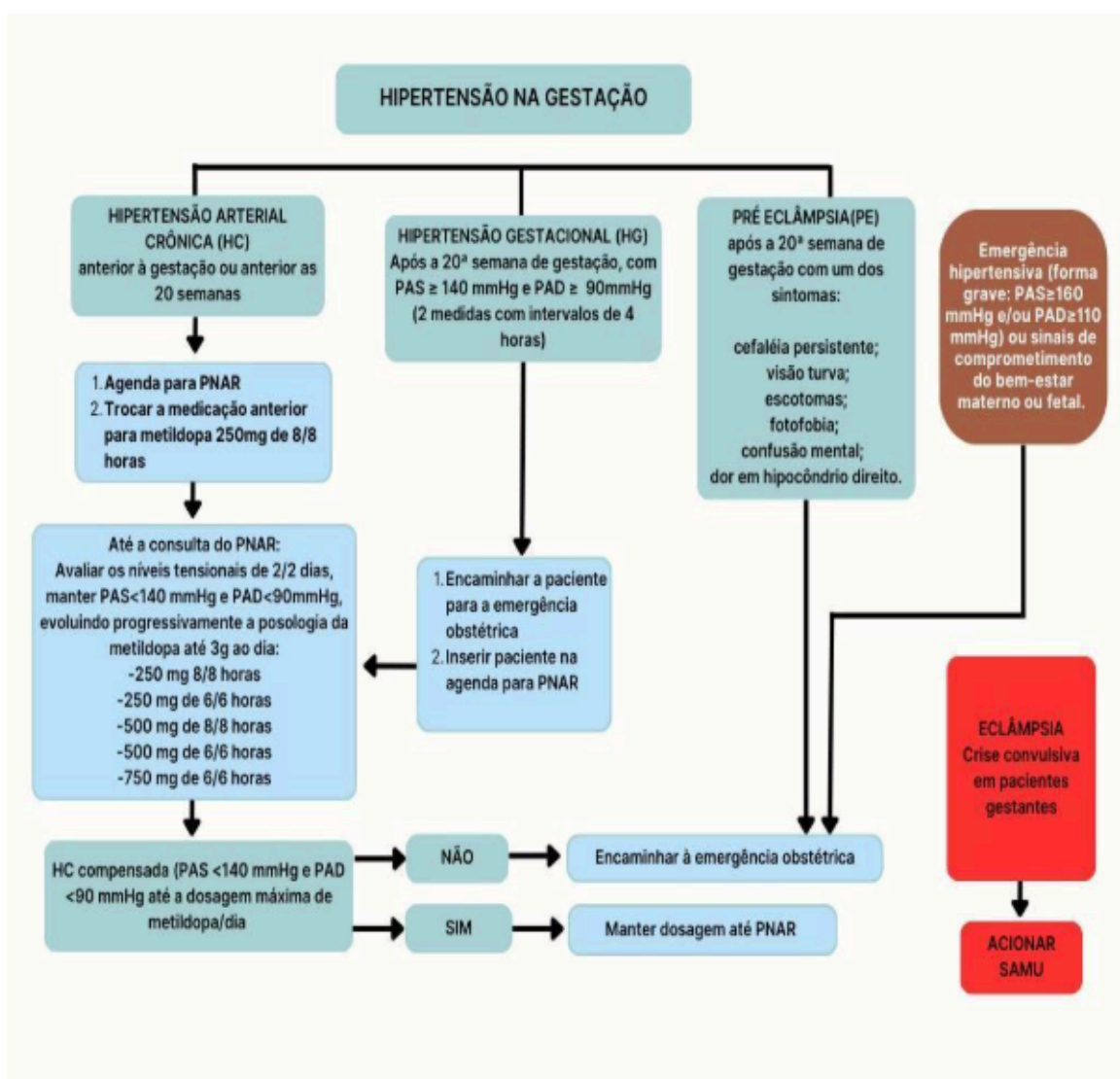
- Como hipertensão arterial na gestação, define-se a pressão arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg (em 02 medidas com intervalos de 4/4 horas entre uma medida e outra) sem proteinúria associada;
- Encaminhar a paciente para a emergência obstétrica se PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 após 2 medidas de preferência com 4 horas de intervalo ou se emergência hipertensiva (forma grave: PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg) ou sinais de comprometimento do bem-estar materno ou fetal;
- Encaminhar via Gercon para PNAR;
- Após o atendimento na Emergência Obstétrica, ao retornar na APS se (PAS) \geq 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg (em 02 medidas com intervalos de 4/4 horas entre uma medida e outra) iniciar com metildopa 250 mg de 8/8 horas, avaliar em dois dias, se não estabilizar a PA, aumentar de 2/2 dias conforme a tabela abaixo:

MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	POSOLOGIAS PROGRESSIVAS PARA O CONTROLE
METILDOPA	750 a 3g/dia	-250 mg 8/8 horas
(comprimidos de 250 mg)		-250 mg de 6/6 horas -500 mg de 8/8 horas -500 mg de 6/6 horas -750 mg de 6/6 horas

FONTE: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de ACOG (2019), August e Jeyebalan (2022), Ministério de Saúde

(2022), FEBRASGO (2021), Dynamed (2022), American Heart Association (2022) [5,17,26,29,30,31]

Fluxograma 6 - Fluxo de Hipertensão na Gestação



ANEXO P – NÁUSEAS E VÔMITOS

A Hiperêmese Gravídica caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

SINAIS DE ALERTA:

- Queda no estado geral, sinais de desidratação, sinais de distúrbio metabólico.

ORIENTAÇÕES:

- Explicar que são sintomas comuns do início da gestação.
- Dieta fracionada: fazer 5 a 6 refeições por dia, em pequenos volumes;
- Interromper a ingestão tão logo atinja a saciedade, pois tanto o estômago vazio quanto a plenitude podem provocar náuseas e vômitos ;
- Iniciar a primeira refeição com alimentos mais secos (por exemplo, biscoitos, beiju, pão ou torradas);
- Evitar frituras, alimentos gordurosos e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis;
- Evitar consumir líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos;
- Evitar deitar logo após as refeições; - Ofertar apoio psicológico e educativo.

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;

Nos casos de hiperêmese gravídica que não apresentam resposta ao tratamento inicial ou quando a unidade de saúde não dispõe dos recursos necessários, está indicada a internação hospitalar, com encaminhamento imediato da gestante. Devem ser reforçadas orientações para alívio dos sintomas, como a ingestão de bebidas geladas, e a recomendação de evitar bebidas gaseificadas e com cafeína.

ANEXO Q - PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Indicações de rastreamento da infecção pelo HIV na gestação, puerpério e período de lactação:

- a) Todas as gestantes, com pelo menos um teste em cada trimestre, na internação na maternidade para parto ou aborto e sempre que houver exposição de risco.
- b) Todas as lactantes conforme nota técnica da testagem na amamentação.
- c) Todas as parcerias de gestantes e lactantes com pelo menos um teste durante a gestação, na maternidade quando da internação da gestante e periodicamente durante o período de amamentação.

Em caso de amostras de gestantes com resultado reagente ou indeterminado, recomenda-se a realização imediata da quantificação da carga viral do HIV, com o objetivo de complementar o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Gestante vivendo com HIV Atenção Primária :

- a) Acolhimento pela enfermagem
- b) Realização dos Testes rápidos ISTs
- c) Preenchimento da Carteira de Gestante

Pré-Natal do Parceiro

- Teste rápido

Em caso de exposição da gestante à
violência sexual :

com **menos** de 72 horas:

- prescrever PEP e solicitar carga viral

se **mais** do que 72 horas:

- solicitar carga viral

ANEXO R - TROMBOEMBOLISMO VENOSO

O Tromboembolismo Venoso (TEV) é a manifestação mais comum da trombofilia e pode apresentar complicações como a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A prevenção do TEV na gestação é por meio da identificação de fatores de risco e instituição de trombopprofilaxia. A gravidez é considerada isoladamente uma situação de trombofilia na vida da mulher, pois aumenta o risco de tromboembolismo venoso em cinco vezes, comparado com a mulher não gestante. Este risco é ainda maior nos primeiros quinze dias do puerpério (em média, dez vezes maior). A trombose venosa profunda ocorre geralmente em membros inferiores e pode cursar com síndrome pós-trombótica. Além disso, pode evoluir principalmente nas formas proximais com embolia pulmonar. A embolia pulmonar pode ser de difícil diagnóstico na gravidez, pois os sintomas podem facilmente ser confundidos com os da gestação: dispneia e taquicardia. Além disso, a embolia pulmonar na gravidez pode levar à morte materna em um terço dos casos, sendo uma das principais causas de morte materna no mundo.

TROMBOPROFILAXIA PARA TEV:

Profilaxia durante o pré-natal e por seis semanas no pós-parto:

- Gestantes com tromboembolismo prévio, tromboembolismo de repetição, TEV na gravidez ou no puerpério, TEV na vigência do uso de anticoncepcionais orais. TEV sem fator desencadeante.
- Gestantes com diagnóstico de SAF, suspeitar quando ocorrer:
- Uma ou mais mortes inexplicadas de fetos morfolologicamente normais, acima de 10 semanas;
- Um ou mais partos prematuros de neonatos morfolologicamente normais, anteriores à 34ª 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;

- Quadro laboratorial:
- Anticoagulante lúpico - presente no plasma *
- Anticorpos anticardiolipina - IgG ou IgM - presentes no soro ou plasma, em médio ou alto título (>40 GPL ou MPL).
- Anticorpos anti-2 glicoproteína-I- IgG ou IgM - presentes no soro ou plasma, em títulos acima do percentil 99.

O diagnóstico de SAF é estabelecido com um dos critérios clínicos e um critério laboratorial presente. As pacientes com estas morbidades obstétricas devem ser investigadas para Síndrome Antifosfolípide, pois tem risco tromboembólico elevado.

- Gestante com trombofilia de alto risco e histórico de TEV em parente de 1º grau (Síndrome Antifosfolípide, homozigose para Fator V Leiden, homozigose para Protrombina mutante (G20210A), deficiência de Antitrombina, e a presença de duas ou mais trombofilias).

Diante de forte suspeita clínica, a investigação de trombofilias deve ser realizada preferencialmente no período pré-natal. São consideradas trombofilias de alto risco para tromboembolismo venoso (TEV) a síndrome antifosfolípide, a homozigose para o fator V Leiden, a homozigose para a mutação da protrombina (G20210A), a deficiência de antitrombina e a presença de duas ou mais trombofilias associadas

Profilaxia apenas por seis semanas no pós-parto

- Gestantes com trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV;
- Gestantes com trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau;
- Gestante com histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gestação).

As pacientes acima são caracterizadas como de alto risco para TEV e devem ser referenciadas via gercon para o PNAR, **A PRESCRIÇÃO DE ENOXAPARINA DEVE OCORRER JÁ NA APS.**

A gestante deve ser encaminhada ao PNAR, já com a prescrição.

A trombopprofilaxia é realizada com Enoxaparina sódica na dosagem diária de 40mg, administrada via subcutânea. Em pessoas gestantes com peso >90kg, a dose poderá ser ajustada, não podendo ultrapassar 80mg/dia. Nos casos de diagnóstico de SAF com apenas manifestações obstétricas (sem trombose vascular), a dose recomendada é de 40 mg/dia

Fluxo CELME

Peso (Kg)	Enoxaparina
< 50	20 mg/dia
50 – 89	40 mg/dia
90 – 130	60 mg/dia
131 - 170	80 mg/dia
> 170	0,6 mg/kg/dia

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Pessoas gestantes com hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular;
- Pessoas gestantes com hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente.

ANEXO S - HISTÓRIA DE ABORTAMENTO RECORRENTE OU RISCO DE PREMATURIDADE

Encaminhar ao PNAR :

- História de abortamento recorrente (perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações, documentadas por ecografia ou exame histopatológico).
- Suspeita clínica de Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) - pelo menos um dos critérios clínicos: Trombose vascular (um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial); Morbidade obstétrica (uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfologicamente normais a partir da 10^a semana de gestação, um ou mais nascimentos prematuros de neonatos morfologicamente normais antes da 34^a semana de gestação, ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave ou três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10^a semana, com causa cromossômica excluída).
- Suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical: diagnóstico de colo curto em gestante assintomática (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal, inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas, em mulher com história de parto prematuro prévio); ou perda espontânea de uma ou mais gestações no segundo trimestre ou nascimento espontâneo de pré-termo extremo (abaixo de 28 semanas); ou dilatação do orifício cervical interno (≥ 1 cm), constatada no exame físico no segundo trimestre, na ausência de contrações, após avaliação no centro obstétrico.

Encaminhamento imediato para emergência obstétrica:

- Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular);
- Suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em pessoas gestantes com menos de 37 semanas);
- Dilatação do orifício cervical interno (≥ 1 cm), constatada no exame físico no segundo trimestre;
- Na manutenção da gestação, referenciar ao PNAR;

- Na confirmação de abortamento, orientação sobre planejamento reprodutivo

ANEXO T - VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO

A violência doméstica e familiar contra a mulher compreende qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, bem como dano moral ou patrimonial, conforme a Lei nº 11.340.

O aborto é permitido nas hipóteses previstas no art. 128, incisos I e II, do Código Penal, bem como nos casos de anencefalia fetal, conforme decisão do ADPF 54.

Gestação em menores de 14 anos configura estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal).

Nos casos envolvendo crianças e adolescentes, deve-se observar a Lei nº 14.344 e a normativa vigente de proteção integral.

Identificação na Atenção Primária à Saúde

Durante o acompanhamento pré-natal, a equipe deve estar atenta aos seguintes sinais de alerta:

Indicadores assistenciais

- a) Início tardio do pré-natal
- b) Faltas recorrentes
- c) Procura frequente por atendimento com queixas inespecíficas
- d) Mudança frequente de endereço

Indicadores clínicos

- a) Lesões físicas incompatíveis com o relato
- b) Hematomas recorrentes
- c) Sangramento vaginal sem causa obstétrica definida
- d) Infecções urinárias de repetição
- e) Dor pélvica crônica

- f) Cefaleia persistente
- g) Anemia sem etiologia definida
- h) Ganho ponderal inadequado

Indicadores psicossociais

- a) Depressão
 - b) Ansiedade
 - c) Tentativa prévia de suicídio
 - d) Síndrome de estresse pós-traumático
 - e) Uso ou abuso de substâncias psicoativas
-

Conduta na APS

Diante de suspeita ou confirmação de violência, a equipe deve:

- a) Garantir ambiente privativo para escuta qualificada
- b) Realizar acolhimento sem julgamento
- c) Avaliar risco imediato à integridade física
- d) Registrar informações em prontuário.
- e) Realizar notificação compulsória.
- f) Elaborar plano de cuidado individual.
- g) Articular com a rede intersetorial quando necessário
- h) A violência sexual deve ser notificada em até 24 horas.

Situações Específicas

Violência Sexual

- a) Encaminhar imediatamente ao serviço de referência
- b) Garantir acesso à contracepção de emergência (até 72h).
- c) Avaliar a necessidade de profilaxias indicadas.

- d) Orientar sobre interrupção legal da gestação, quando aplicável.
- e) **Não exigir** boletim de ocorrência para atendimento em saúde.

Gestação em menores de 14 anos

- a) Encaminhamento imediato a serviço de referência
- b) Comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar.
- c) Informação formal sobre direito à interrupção legal.
- d) O pré-natal deve ser iniciado após acesso ao serviço de referência e oferta da interrupção legal.
- e) Considerar automaticamente gestação de alto risco (idade <15 anos)
- f) Encaminhar via Gercon ao pré natal adolescência