

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

2023



SUS 



Prefeitura de
Porto Alegre

SECRETARIA DE SAÚDE

Sebastião Melo
Prefeito Municipal
Fernando Ritter
Secretário Municipal de Saúde
Cesar Sulzbach
Secretário Municipal de Saúde Adjunto
Vânia Frantz
Diretora da Atenção Primária à Saúde
Gisele Gomes
Coordenação de Políticas Públicas em Saúde

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA
MULHER/CPPS/DAPS/SMS

1ª Versão elaborada por

Dinorá Hoeper
Janice Oliveira Lonzetti
Soraia Nilsa Schmidt
Magali Queiroz Duarte Torres

ATUALIZAÇÃO 2024

Marcia Grutcki
Rosa Maria Rimolo Vilarino

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

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
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

1. Introdução	9
2. Magnitude	9
3. Transcendência	10
4. Objetivo	10
5. Avaliando o Risco	11
6. Suspeita e Confirmação da Gestação	13
6.1 Sinais e Sintomas de Presunção	13
6.2 Sinais de Probabilidade	13
6.3 Sinais de Certeza	13
7. Recomendações quanto ao Diagnóstico da Gravidez	14
8. Recomendações quanto ao Roteiro das Consultas de Pré-Natal	15
9. Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco	16
10. Plano de Parto	17
11. A Diversidade de Gênero no Pré-Natal	17

12. Pré-Natal das Parcerias	18
13. Atividade Sexual na Gestação	18
14. Lei do Direito ao Acompanhante ao Parto	19
15. Roteiro de Consultas de Pré-Natal de Risco Habitual	19
15.1 Anamnese	20
15.2 Exame clínico geral	20
15.3 Exame Físico	21
16. Pacientes Pós Bariátricas	22
17. Cálculo da Idade Gestacional	23
18. Exames Complementares e Orientações	24
18.1 1ª Consulta ou 1º trimestre	24
18.2 Suplementação Periconcepcional de Ácido Fólico	24
18.3 Orientação Nutricional	25
18.4 Exames	25
19. Avaliação da Vitalidade Fetal	33
19.1 Movimentação Fetal	33
19.2 Ultrassonografia Obstétrica	33
20. Calendário de Vacinação da Gestante	35
20.1 Vacina tipo adulto- dTpa	35
20.2 Influenza	37
20.3 Hepatite B	37
20.4 Vacina para Coronavírus	37
21. Suplementação de Nutrientes e Vitaminas na Gestação	38
21.1 Ferro e Folato	38
21.2 Usuárias de Baixo Peso e Bariátricas	38
22. Critérios para Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco	39

22.1 Condições de Saúde que Necessitam Encaminhamento para PNAR	39
22.1.1 Patologias Prévias	39
22.1.2 Gestação Atual	39
23. Critérios para Encaminhamento para o Centro Obstétrico	40
23.1 Casos para Avaliação de Bem Estar Fetal	41
23.2 Indicações para Cesariana Eletiva	42
23.3 Indicações para Interrupção da Gestação	42
24. Consulta do Binômio	42
25. Patologias do Puerpério	43
25.1 Endometrite	43
25.2 Infecção da Ferida Operatória	43
25.3 Infecção de Episiotomia	44
25.4 Mastite	44
25.5 Abscesso de Mama	44
25.6 Fissura de Mamilo	44
25.7 Depressão Puerperal	44
25.8 Psicose Puerperal	45
26. Aleitamento Materno	45
26.1 Orientações de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no Pré-Natal	45
26.2 Benefícios do Aleitamento Materno	45
26.3 Orientações para a Gestante no Pré-Natal	46
26.4 Orientações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Puerpério	46
26.5 Mulher Trabalhadora que Amamenta	47
26.6 Direitos das gestantes trabalhadoras	48

26.7 Recomendação para a realização de testagem rápida para o HIV durante o aleitamento materno	51
Referências Bibliográficas	53
ANEXOS	60

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Diagnóstico de Gestação	14
Fluxograma 2 - Estratificação de Risco	17
Fluxograma 3 - Pré-Natal do Parceiro	19
Fluxograma 4 - Rastreamento da Doença Falciforme em Gestantes	81
Fluxograma 5 - Rastreamento de Diabetes na gestação	87
Fluxograma 6 - Fluxo de Triagem Clínica da COVID para Gestantes	93
Fluxograma 7 - Fluxo de Hipertensão na Gestação	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro das Consultas Pré-Natal	15
Quadro 2 - Exame físico na avaliação do Pré-Natal	22
Quadro 3 - Testes Rápidos na Gestação	27
Quadro 4 - Tabela Nutricional	31
Quadro 5 - Medicamentos Usados nas Infecções Urinárias em gestantes	32
Quadro 6 - Aleitamento Materno e Doenças Transmissíveis	49
Quadro 7- Exames de Rotina e Orientações	64
Quadro 8 - Sorologia para toxoplasmose: Interpretação e Conduta	69
Quadro 9 - Uso de Drogas na Gestação	74
Quadro 10 - Eletroforese de Hemoglobina na Primeira Consulta de Pré-Natal	83
Quadro 11 - Escore de Alerta Precoce COVID	90
Quadro 12 - Classificação Clínica da COVID	91

Quadro 13 - Medicamentos Indicados nas Parasitoses na Gestação	97
--	----

ANEXOS

A - Recomendações e Evidências Orientações às Consultas de Pré-Natal	60
B - Prurido na Gestação	63
C - Exames e Condutas	64
D - Vacina para Hepatite B- Nota Técnica	66
E - Recomendações e Evidências	67
F - Screening e Diagnóstico de Toxoplasmose na Gestação	69
G - Orientações Pré-Concepcionais	72
H - Uso de Drogas na Gestação	73
I - Rastreamento Universal da Doença Falciforme no Pré-Natal	79
J - Diretriz para Realização do Teste Rápido de Gestação	84
K - Protocolo de Rastreamento do Diabetes Gestacional	85
L - Covid e Gestação	89
M - Testes Rápidos	95
N - Parasitoses	97
O - Patologias na Gestação	99
P - Hipertensão na Gestação	101
Q - Náusea e Vômitos na Gestação	105
R - Prevenção da Transmissão Vertical do HIV	106
S - Tromboembolismo Venoso	107
T - Gestação Resultante de Estupro	110
U - História de Abortamento Recorrente ou Risco de Prematuridade	111

1. INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com o objetivo de qualificar a assistência pré-natal no município, elaborou, em 2006, as Diretrizes de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco. Estas foram construídas por um grupo de especialistas da Rede Municipal de Saúde que, por meio de discussões clínicas baseadas em evidências, buscou revisar e atualizar o protocolo já existente em Porto Alegre desde 2002. Esta Diretriz já foi revisada em 2008, 2012 e 2015 e agora passa por nova atualização em 2024.

As diretrizes são recomendações desenvolvidas sistematicamente, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseadas na melhor informação científica. O Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona uma rede de cuidados voltados às gestantes, puérperas e recém nascidos. São ações estruturadas para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A estratégia tem também a finalidade reestruturar e reorganizar a atenção à saúde materno-infantil no País desde a atenção primária à atenção hospitalar, para assegurar acesso, acolhimento e resolutividade, com perspectiva de reduzir a mortalidade materna e infantil e ênfase no componente neonatal.

2. MAGNITUDE (o quanto é frequente a condição)

Há um consenso mundial quanto à necessidade de reduzir a mortalidade materna e infantil, uma vez que estes indicadores refletem a qualidade da assistência à saúde de mulheres e crianças.

O Brasil conseguiu reduzir em 8,4% entre 2017 e 2018 a Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5. Apesar de ter apresentado redução importante ao longo da última década, ainda é um dado preocupante uma vez que ainda representa um número elevado de mulheres que vão a óbito por causas evitáveis. Os índices reacendem uma grande preocupação com a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, parto e puerpério. O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico de nascimento e a qualidade da atenção no pré-natal reduz consideravelmente o número de intercorrências obstétricas.

O percentual de gestação na adolescência tem registrado uma redução significativa ao longo dos últimos anos. Em 2011, o município tinha um percentual de 14,6% das gestações em adolescentes. Na série histórica dos últimos sete anos observa-se uma redução de 41%. Em 2015 o percentual das gestações em adolescentes foi de 13,5% e em 2021 registrou-se 7,9%.

Quanto à cobertura de pré-natal, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos/Diretoria de Vigilância em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde (SINASC/DVS/SMS), em 2011, 73% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Analisando os números dos últimos sete anos, percebe-se um aumento de 7% no número de gestantes com 7 ou mais consultas. Em 2015, 74,4% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, já em 2021 este percentual atingiu 80%.

O coeficiente de mortalidade infantil é considerado por todos os países como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, a morte de crianças menores de um ano reflete a qualidade dos cuidados pré e pós neonatais. A mortalidade neonatal (até 27 dias) é o período com maior impacto na mortalidade infantil e representa cerca de 70,0% do total de

óbitos infantis, este período dos óbitos infantis é o mais impactado pelo acesso e pela qualidade da assistência obstétrica. As principais causas de óbitos infantis no ano de 2021 foram: afecções originadas no período perinatal (53%) e malformações congênitas (24%), conforme dados SINASC e Sistema de Informação sobre Mortalidade/Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SIM/CGVS/PMPA).

A Taxa de Transmissão Vertical do HIV em 2020 ficou em 2,8 casos a cada 100 crianças expostas. Em relação à Sífilis Congênita, tem-se verificado aumento no número absoluto de casos e na taxa de incidência. Em 2020 registraram-se 543 casos absolutos com uma taxa de 34,7 casos por 1.000 nascidos vivos e em 2021, 607 casos com taxa de 42,8/1.000 nascidos vivos (BI-SMS).

3. TRANSCENDÊNCIA (gravidade do problema)

As mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde pelas suas peculiaridades sócio-biológicas, nas quais, as ações de saúde podem ter um impacto direto na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil, interferindo positivamente nos indicadores de saúde de uma população.

É preciso reconhecer a população de gestantes e puérperas de determinado território. O pré-natal refere-se ao conjunto de consultas da gestante com a equipe de saúde pré-natalista objetivando acompanhar a gestação e obter uma adequada preparação para o parto e puerpério. Uma das estratégias mais efetivas é que a equipe assistencial esteja preparada para realizar o adequado acompanhamento do pré-natal e para isso uma das estratégias é capacitar a equipe para o contínuo cuidado da mãe e do recém nascido. O adequado acompanhamento do pré-natal consiste em acompanhar, orientar, educar, rastrear possíveis situações de risco e tratar intercorrências que possam interferir no bem-estar do bebê, da gestante e de sua família. O reconhecimento das novas e melhores evidências disponíveis, detecção e intervenção precoce das situações de risco, e um sistema de referência hospitalar competente e resolutivo, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê e têm potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um forte indicador da qualidade dos cuidados maternos.

As diretrizes têm por objetivo padronizar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais da literatura visando a realização de uma prática racional e custo-efetiva garantindo um padrão de boa qualidade, facilitando a informatização dos dados e possibilitando a realização de vigilância das situações de risco. A prioridade deve ser no sentido de identificar as gestantes de alto risco e acompanhar as de baixo risco tratando suas intercorrências.

4. OBJETIVO

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais de saúde para a assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, com a abordagem integral em saúde da mulher, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o referenciamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal [grau de

recomendação B-anexo A]. Os cuidados assistenciais no trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos [grau de recomendação B - anexo A].

- Se aplicarmos a rotina do protocolo de pré-natal na sua totalidade, realizando todos os exames e consultas programadas, teremos maiores possibilidades de identificar anormalidades e atuar sobre elas, diminuindo a mortalidade materna, neonatal, prematuridade e transmissão vertical da sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatites;
- Vinculação à maternidade para o parto e para as urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém nascido;
- Qualificação e humanização da assistência pré-natal no município;
- Acolhimento - garantindo o acesso e vinculação de todas as gestantes e puérperas às unidades de saúde da Atenção Primária (APS);
- Ampliação da cobertura;
- Disponibilização de teste rápido de gravidez para garantia da identificação precoce da gestação e início do pré-natal até a 12ª semana gestacional, permitindo a identificação precoce dos fatores de risco e planejamento para de um plano de acompanhamento adequado;
- Aumento do número de consultas/gestante no pré-natal com acompanhamento multiprofissional;
- Identificação precoce das gestantes de alto risco e encaminhamento ao serviço de referência;
- Início precoce da terapia antirretroviral nas gestantes HIV positivas;
- Tratamento adequado das gestantes reagentes para sífilis, assim como busca ativa se faltosas, visando a conclusão do tratamento;
- Realização de vigilância epidemiológica e busca ativa de gestantes faltosas;
- Preenchimento correto do SINAN e envio para Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT);
- Integração das ações de pré-natal às ações dos demais programas;
- Segurança quanto a solicitação, a realização e a avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
- Cuidados garantidos do parceiro (realização de consultas, exames e acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do parceiro”;
- Garantir o acesso à unidade de referência especializada com estratificação de risco gestacional, ao longo de todo o pré-natal, provendo o nível assistencial adequado e de forma apropriada;
- As gestantes com estratificação de alto risco devem manter o acompanhamento na APS, sendo o cuidado compartilhado com o Serviço de Pré-natal de Alto Risco;
- Promover acompanhamento multiprofissional, garantindo consulta até o 5º dia pós-parto do binômio (mãe/bebê), visando a antecipação da visita sempre que identificadas situações de risco durante a transição do cuidado. Planejar as próximas consultas em 30 dias de puerpério para realização de Teste Rápido (TR) HIV para amamentação, mesmo que estas gestantes já tenham sido testadas no hospital em que realizaram o seu parto.

5. AVALIANDO O RISCO

Conhecer as gestantes e puérperas do território, estratificando o risco envolvido em suas condições, sejam gestacionais ou puerperais realizando o manejo adequado das necessidades das gestantes, parturientes e puérperas torna-se ação fundamental para a equipe de saúde. A estratificação de risco, para as gestantes, deve ser realizada em **TODAS** as consultas, por meio de um processo dinâmico de identificação de gestantes que

necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, segundo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Critérios para Estratificação de Risco Gestacional

Risco habitual:

- Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. A gestante deve ser acompanhada pela equipe multidisciplinar da APS;
- Idade entre 16 e 34 anos;
- Aceitação da gestação
- História reprodutiva anterior;
- Intervalo interpartal maior que 2 anos;
- Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

Risco intermediário:

Gestantes que não apresentam especificamente uma doença, mas que possuem fatores raciais, étnicos, educacionais, reprodutivos e de faixa etária que caracterizam um risco maior para adoecer durante a gestação, parto e pós-parto:

- Gestantes negras ou indígenas, gestantes com mais de 40 anos;
- Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
- Gestantes com 20 anos e com mais de 3 filhos;
- Adolescentes abortamentos de repetição;
- Tabagistas ativas ou passivas;
- Aceitação da gestação;
- Indícios de ocorrência de violência;
- Insuficiência de apoio familiar;
- Uso de drogas lícitas e ilícitas;
- Altura menor do que 1,45 mts;
- Transtorno depressivo ou ansiedade leve;
- IMC menor do que 18,5;
- Capacidade de autocuidado insuficiente;
- História reprodutiva anterior: alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia), malformação, nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos), diabetes gestacional, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade, cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal, cesáreas prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal), intervalo interpartal <2 anos;
- Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite, ganho de peso inadequado, sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita), suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático).

Alto risco

- Que podem se compor de situações muito complexas.

Considerando que a faixa etária fértil é definida entre os 10 aos 49 anos e abrange as mulheres adolescentes e adultas em diferentes situações de vida; é essencial a atenção aos seus aspectos biopsicossociais e culturais buscando uma ampla compreensão sobre as circunstâncias de vida e integralidade desta pessoa. A vinculação com a equipe de saúde e acompanhamentos periódicos compõem importantes aspectos para o bem estar da gestação promovendo saúde integral para o binômio mãe X bebê.

Manual Técnico - Gestação de Alto Risco

6. SUSPEITA E CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ

O principal indicador do prognóstico materno fetal é a assistência pré-natal de qualidade com a captação precoce da gestante para identificação dos riscos e tratamento adequado. Quanto mais cedo esta paciente suspeitar e confirmar a sua gestação mais precocemente poderemos direcioná-la para uma assistência adequada .

O sintoma mais comumente identificado para a suspeição de gravidez é o atraso menstrual. Outros sintomas e sinais comuns ou específicos podem compor o quadro, possibilitando a confirmação da gestação:

6.1 Sinais e Sintomas de Presunção

São sintomas que podem surgir em várias outras situações, sendo pouco específicos para utilizar como diagnóstico de gravidez:

- Náuseas e vômitos, sialorréia, alterações do apetite, aversão a certos odores que provocam náuseas e vômitos, lipotimia e tonturas, aumento da frequência urinária, sonolência e alterações psíquicas variáveis na dependência de a gestação ser planejada ou não;
- Melasma facial, linha nigra, aumento do volume abdominal;
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical);

6.2 Sinais de Probabilidade

São sintomas e sinais mais evidentes de gravidez, no entanto, sem caracterizá-la com certeza:

- Amolecimento da cérvix uterina (sinal de Hegar) com posterior aumento do seu volume, alterando a forma em que o útero se torna globoso (sinal de NobileBudin);
- Paredes vaginais aumentadas com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais).
- Os sinais de probabilidade são mais evidentes a partir de oito semanas de gestação

6.3 Sinais de Certeza

- Diagnóstico laboratorial: é realizado pela identificação do hormônio core gonadotrófico (HCG) na urina ou no sangue;
- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados pelo sonar a partir de 12 semanas;

- Percepção dos movimentos fetais (18 a 20 semanas) percebidos na consulta;
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4-5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais.

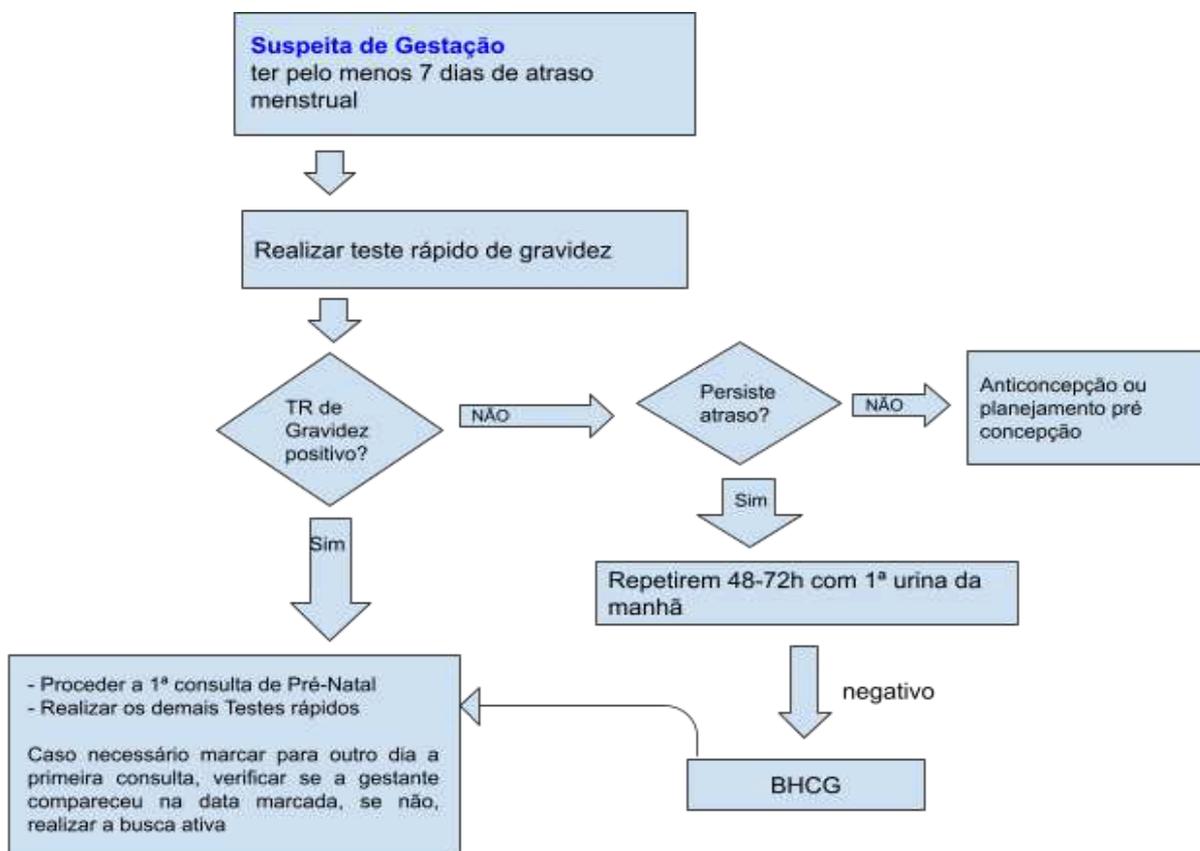
7. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e náuseas/vômitos matinais [Grau de recomendação D - anexo A].

O diagnóstico laboratorial de gestação é baseado na detecção de B-HCG urinário ou sérico. Ambos têm alta sensibilidade, porém testes urinários são menos sensíveis do que os séricos. Os testes urinários têm a facilidade de um resultado quase que imediato, facilitando quando positivo a captação precoce das gestantes. [Norma Técnica para Realização do Teste Rápido de Gravidez – anexo B].

A pesquisa através de radioimunoensaio da fração beta da gonadotrofina coriônica humana sérica é o método mais sensível, embora também o mais caro e deve ser solicitado quando o teste rápido de gravidez continuar negativo após duas tentativas e persistir o atraso menstrual. [Grau de recomendação D - anexo A].

Fluxograma 1 - Diagnóstico de Gestação



(vide ANEXO - A)

Acolher e avaliar o risco de abortamento inseguro, se sim:

- Orientar situações em que o abortamento é permitido por lei ;
- Orientar que os riscos de práticas abortivas podem resultar em hemorragias, perfuração uterina e até choque séptico ;
- Se ocorrer, assegurar o planejamento familiar para evitar uma nova gestação indesejada.

8. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO ROTEIRO DAS CONSULTA DE PRÉ-NATAL

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal que deve ser realizada pelo médico ou enfermeiro. É assegurado à gestante o direito de levar um acompanhante de sua livre escolha nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa). Sabe-se que a presença da parceria sexual afetiva (companheiro(a) ou parceiro(a)) na primeira consulta traz significativo diferencial qualitativo a esse atendimento.

Quadro 1. Roteiro das consultas de pré-natal

Captção 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
A partir da 36ª semana até a 41ª semana	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 41ª semana para avaliação e conduta

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

- Gestantes com algum risco: a frequência deve ser individualizada;
- Parceiro(a): oferecer pelo menos uma consulta individual, durante o pré-natal, para facilitar seu envolvimento no cuidado à gestante e posteriormente à criança, bem como a realização dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e C, além do estímulo à presença

em consultas de pré-natal, observando criação de vínculos afetivos, orientações em relação ao parto e cuidados do RN;

- Orienta-se à Unidade de Saúde (APS) o monitoramento das gestantes do território, a fim de identificar e realizar busca das gestantes faltosas. Recomenda-se visita domiciliar;
- **Não deve existir alta do pré-natal, isto só deverá ocorrer após as consultas de puerpério;**
- Realização de consulta odontológica, prioritariamente, no primeiro trimestre da gestação, com atenção à avaliação da saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez, controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez. Oferecer disponibilidade ao atendimento de intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário. Orientar a mulher e seu companheiro(a) sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;
- Além disso, é importante salientar que ao encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco, esta deve manter-se **vinculada** à APS, sendo este acompanhamento importante para a manutenção da qualidade do pré-natal;
- As consultas de puerpério como retorno à US do binômio mãe-bebê em sua unidade de referência entre o **3º e 5º dia** pós-parto (até 3 dias em caso de RN de risco), devem ser já avisadas à gestante em suas consultas finais de PN;
- Consulta de retorno entre 30 a 45 dias após o parto;
- As US devem priorizar o atendimento do binômio quando retornarem da maternidade.

Não existe alta do pré-natal, se o parto não ocorreu até 41 semanas, encaminhar a gestante para a unidade de referência para avaliação do bem estar fetal e assistência ao parto.

A Carteira de Gestante é o principal instrumento educacional para as gestantes, devendo ser trazida em todas as consultas de PN, contendo uma síntese do desenvolvimento da gestação que pode ser acompanhada por ela e seus familiares. Todos os dados das consultas, os exames e toda a evolução da gestação devem estar registrados no prontuário da gestante. Busca ativa da gestante e da gestante faltosa são estratégias importantes para o início precoce do PN e para garantir a sua realização integral. A boa evolução da gestação e o desfecho final que asseguram o bem estar da mãe e do feto é de responsabilidade das equipes que acompanham o PN.

ATENÇÃO: Anotar, em destaque, na Carteira da Gestante, o resultado para Streptococcus Grupo B análise vaginal e swab anal a partir do 3º trimestre.

9. ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNAR):

Algumas gestantes podem apresentar complicações, identificadas durante o PN, que precisam de acompanhamento especializado. Nestes casos, deverão ser encaminhadas aos serviços de PNAR, mas deverão continuar também o acompanhamento das APS onde iniciaram o PN, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Deverá haver integração entre as APS e os serviços de PNAR de referência para melhor condução conjunta dos casos.(vide critérios de encaminhamento abaixo). Ao encaminhar a paciente para o PNAR,

acompanhar sempre as pendências da regularização no sistema GERCON, garantindo o seguimento da solicitação.

A Gestante HIV+ deve ser inserida na Agenda PRÉ-NATAL HIV no Gercon e devem também manter o acompanhamento na Unidade de Saúde - (Anexo M).

Fluxograma 2 - Estratificação de Risco



10. PLANO DE PARTO

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante onde nele ela possa expressar suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Opções entre escolher ter a presença de acompanhante ou não, tipo de parto, métodos para alívio de dor, o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a posição de expulsão do bebê; quem corta o cordão umbilical, entre outras preferências como o banho tardio do bebê. Pode ser elaborado durante todo o pré-natal, com esclarecimento das dúvidas. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência.

A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.

11. A DIVERSIDADE DE GÊNERO NO PRÉ-NATAL

- Sempre perguntar como essa pessoa gostaria de ser chamada
- Não supor que toda mulher que inicia o pré-natal tem um parceiro
- Homens trans engravidam
- Criar um ambiente seguro e promover o fortalecimento do vínculo
- Não fazer suposições
- Respeitar o nome social

- Considerar a necessidade do acompanhamento multidisciplinar
- Perguntar aos homens trans sobre hormonização e a aceitação de não realizá-la no período de gestação
- Equipe deve estar pronta para receber a comunidade 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 envolvimento do parceiro(a) independente de terem envolvimento biológico ou não com a gestação, em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles(as), suas parcerias e filhos(as). Neste contexto são enfatizadas ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2016) reconhece que a presença do(a) acompanhante durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério é um dos direitos da mulher e considera que a oferta de apoio à parturiente durante esses períodos, além de deixá-la tranquila e segura, contribui para a melhora de desfechos maternos e neonatais. A ocorrência das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) durante a gravidez representa risco aumentado de morbidade e mortalidade para o feto e o neonato em virtude da transmissão vertical, portanto o pré-natal pode se configurar com uma importante estratégia para a redução dessa transmissão, por meio da realização dos testes rápidos e orientações repassadas à gestante e ao parceiro(a) de forma simultânea. A realização de exames e TRs é uma das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém vale ressaltar que o PN da parceria não se limita a somente esta ação em específico, é uma estratégia que abrange vários cuidados à saúde a este indivíduo como porta de entrada para o seu cuidado na US. Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre as parcerias e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a parceria, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina e feminina.

É necessário identificar com a gestante o desejo de quem participará do parto. É importante esclarecer para o casal o direito da gestante de ter acompanhante no parto da sua escolha. O atendimento no pré-natal da parceria deverá ser registrado no prontuário do paciente e na carteira da gestante, na qual há espaço próprio para este registro.

13. ATIVIDADE SEXUAL NA GESTAÇÃO

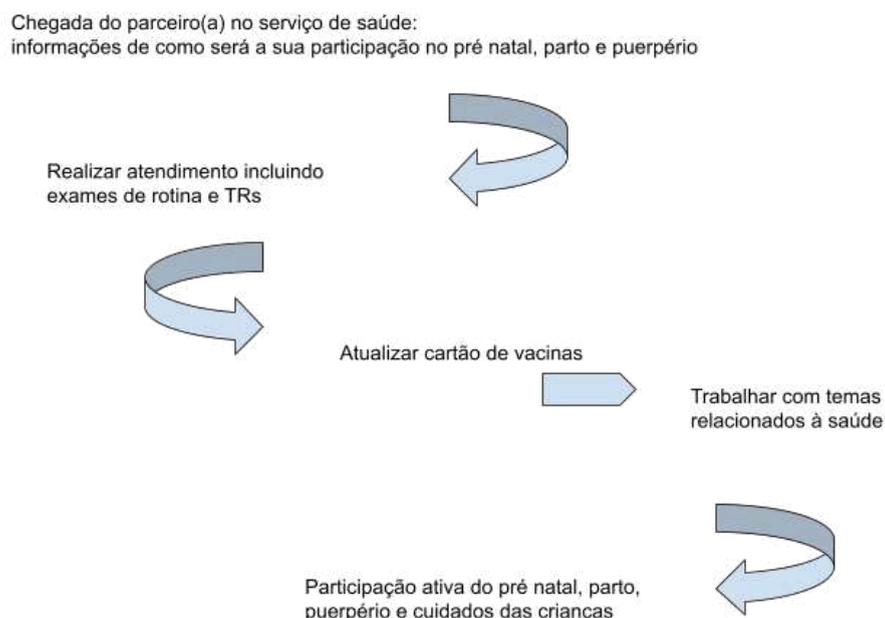
As relações sexuais na gravidez não oferecem risco à gestação. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está relacionada a aumento de prematuridade e mortalidade perinatal. Entretanto, é importante considerar a possibilidade de contrair alguma IST que prejudique a gestação ou que possa ser transmitida verticalmente, causando aumento da morbimortalidade tanto para a gestante quanto para o conceito. A equipe de saúde deve abordar questões relacionadas à saúde sexual das gestantes e suas parcerias

sexuais durante o pré natal, o parto e o puerpério, especificamente no que tange à identificação de práticas sexuais e à oferta de prevenção combinada.

Contra indicações de relações sexuais na gestação:

- Sangramento vaginal sem causa definida;
- Dilatação prematura do colo uterino;
- Placenta prévia, em que a placenta cobre parcial ou totalmente o colo do útero;
- Histórico de parto prematuro.

Fluxograma 3 - Pré-Natal do Parceiro



14. LEI DO DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO

A [Lei Federal nº 14.737/2023](#) garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido pela mulher, e independe do sexo ou gênero do acompanhante escolhido.

15- ROTEIRO DE CONSULTAS DE PN DE RISCO HABITUAL

A [Lei Federal nº 14.737/2023](#) assegura às mulheres o direito de serem acompanhadas por pessoa maior de idade durante todo o período do atendimento em unidades de saúde, públicas ou privadas.

A presença de um acompanhante vale para consultas, exames ou procedimentos, e independe de notificação prévia ou da necessidade de sedação. Todas as unidades de saúde deverão manter aviso visível informando sobre o direito.

Orientações para o Atendimento à Gestante de Risco Habitual [vide Anexo - A]

15.1 Anamnese

- Pesquisar condições de risco: doenças prévias, passado obstétrico, antecedentes familiares, doenças e anormalidades atuais (a cada consulta);
- Os componentes da história que precisam ser interrogados na primeira consulta pré-natal são: [Grau de recomendação D -vide anexo A] data precisa da última menstruação; regularidade dos ciclos; uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemiparidade anterior; prematuridade nas gestações anteriores; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências e aceitabilidade desta gestação;
- Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionado: náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas [grau de recomendação D- anexo A];
- Ouvir as queixas e relatos da gestante quanto à percepção atual da sua saúde e questionar sintomas, sinais e aspectos relevantes para o período da gestação. Em todas as oportunidades, a equipe deve ficar atenta para identificar sinais de alerta para intercorrências clínicas ou obstétricas, independente da gravidade. As queixas das gestantes devem ser sempre valorizadas e avaliadas;
- Avaliar o ambiente doméstico considerando uma sondagem efetiva sobre a eventualidade de violência doméstica por parte do parceiro (a) sexual;
- Pesquisar histórico pessoal e familiar de tromboembolismo venoso (TEV), embolia pulmonar (TEP) e trombofilias;
- Atenção ao mau passado obstétrico, suspeitar de Síndrome Antifosfolípide (SAF) quando:
 - Uma ou mais mortes inexplicadas de fetos morfologicamente normais, acima de 10 semanas;
 - Um ou mais partos prematuros de neonatos morfologicamente normais, anteriores à 34 semana, devidos à:
 - Eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave;
 - Insuficiência placentária;
 - Três ou mais abortos espontâneos precoces (< 10 semanas), consecutivos e inexplicados, excluídas as causas maternas anatômicas e hormonais, bem como as cromossômicas do casal;
- Pesquisar sintomas como tosse, dor de garganta, nariz escorrendo, dor no corpo, alterações de olfato, calafrios, diarreia, contatos suspeitos ou confirmados com pessoas positivas para COVID nos últimos 14 dias [anexo D];
- Perguntar sobre as disfunções da tireoide.

15.2 Exame clínico geral

- Averiguar sinais de anemia, edema, arritmias cardíacas e/ou sinais de outras anormalidades, que possam sugerir doenças associadas;

- Verificar peso, PA e calcular o IMC: com atenção para os padrões de normalidade da PA para gestantes, ganho de peso a cada mês e sinais de doenças favorecidas pela obesidade;
- Medição de altura uterina, percepção de dinâmica uterina, ausculta dos batimentos fetais (conforme idade gestacional).

15.3 Exame Físico

Exame das mamas:

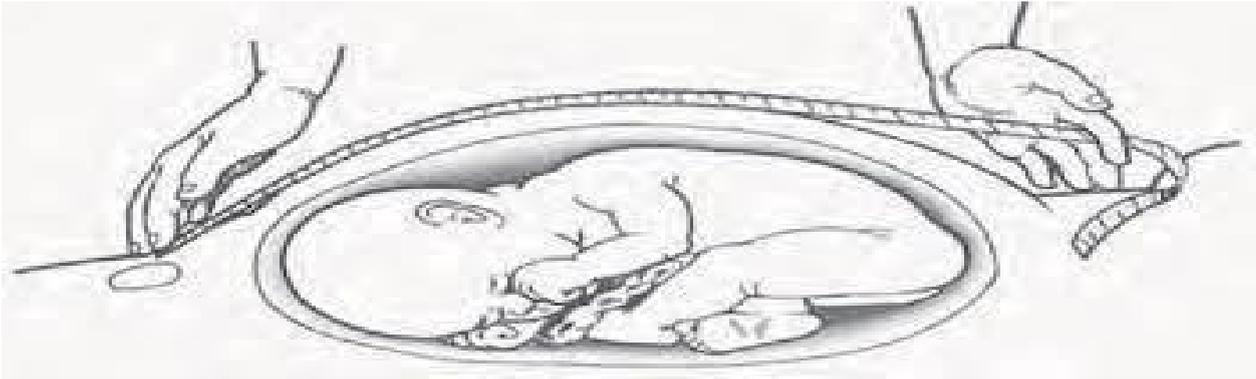
- O objetivo é detectar nódulos palpáveis que poderão crescer rapidamente sob o efeito hormonal da gestação, verificar aréolas e mamilos identificando a qualidade da futura amamentação. Independente da idade gestacional deve ser realizado o exame clínico das mamas durante o pré-natal e caso seja identificada alguma alteração suspeita para câncer de mama, encaminhar para a Atenção Especializada (ginecologia-mama) com descrição minuciosa do quadro.

Exame dos genitais externos e especular:

- Obrigatório na primeira consulta e no terceiro trimestre (avaliar o conteúdo vaginal com o objetivo de identificar infecções que possam favorecer o parto prematuro) ou sempre que houver queixa de sangramento, secreção vaginal, prurido, verrugas, dor ou ardor vulvar ou vaginal.

Exame obstétrico:

- Avaliar a genitália externa, vagina, colo uterino e, no toque bidigital, o útero e anexos. Após a 12^a semana medir a altura do fundo uterino (verificar se está compatível com a idade gestacional), ouvir os batimentos cardíofetais (BCFS) a partir da 12^a semana de gestação, verificar se há movimentação fetal a partir das 18 semanas e a presença de contrações uterinas. O toque vaginal deve ser realizado de acordo com o histórico e queixas da paciente, desde que não haja empecilho para este procedimento, como por exemplo, placenta prévia, rotura de membranas ou tratamento na gestação de trabalho de parto prematuro. Após a 12^a semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A técnica para medida da altura uterina consiste em posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; corrigir a comum dextroversão uterina por meio da palpação uterina; fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio; deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão; proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino; anotar a medida (em centímetros) na carteira de gestante. Após 20 semanas de gravidez, a medida da altura uterina frequentemente coincide com o número de semanas de gestação;
- A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana [Grau de recomendação D - anexo A].



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

Quadro 2 - Exame físico na avaliação do Pré-Natal

Exame físico geral:

- 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.

Exame físico gineco-obstétrico:

- 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 períneo 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

Exame físico obstétrico:

- 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 nigrans), estrias, cicatrizes, tensão (polidrâmio) e outras alterações;
- Toque vaginal, se necessário.

(FEBRASGO)

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;
- Medicamentos em uso (antes e durante a gestação).

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

EXAMES LABORATORIAIS PRÓPRIOS PARA O PN DE PACIENTES BARIÁTRICAS

- Hemograma completo
- Ferro sérico
- Glicemia de jejum
- TSH
- Cálcio 25 OH vitamina D
- Vitamina B12
- Proteínas totais e albumina

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)

AAE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines, Endocr Pract. 2008; 14(Suppl1)

AAE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines, Endocr Pract. 2013;19 (No. 2)

17. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

A idade gestacional corresponde ao tempo de gravidez calculado em semanas a partir do 1º dia da data da última menstruação. O conhecimento da data da última menstruação é importante porque é a única forma clinicamente de sabermos com quanto tempo de gravidez a mulher se encontra, já que não temos como saber quando houve a ovulação ou a fecundação.

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 movimentos 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

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 [Anexo - B]

18.1 1^a Consulta ou 1^o trimestre

Caso a gestante não seja captada precocemente, o profissional de saúde deve solicitar os exames na primeira oportunidade de contato com a gestante. A gestante deve ser sempre informada sobre a finalidade dos exames na detecção de situações que podem comprometer sua saúde e a do bebê.

Todos os resultados devem ser registrados de maneira clara e precisa na Carteira da Gestante. A situação vacinal deve ser monitorada de acordo com o calendário vacinal vigente, são contraindicadas durante a gestação as vacinas de vírus vivos, como é o caso da tríplice viral (sarampo, caxumba rubéola), varicela (catapora) e papilomavírus humano (HPV), que poderão ser aplicadas no puerpério e durante a amamentação. A vacina de febre amarela está contraindicada na gestação e durante a amamentação.

18.2 Uso de Ácido Fólico nos Defeitos Abertos de Tubo Neural

É universalmente aceita por reduzir a ocorrência e recorrência de defeitos abertos do tubo neural (DTN). O fechamento do tubo neural que se dá ao redor da 6^a semana de gestação, os DTN envolvem malformações congênitas pelo incompleto fechamento do tubo neural embrionário, de formas clínicas variáveis, as mais prevalentes são a anencefalia, mielomeningocele e espinha bífida. O folato ou vitamina B9, integra o grupo de vitaminas essenciais. Encontrada em fontes naturais como folhas verdes, legumes, gema de ovo, fígado, e frutas cítricas. Também está presente em alimentos enriquecidos artificialmente como farinhas de trigo, milho e seus subprodutos. Ainda possui a forma sintética presente em suplementos vitamínicos. A prevalência dos DTN diminuiu de 10,7 casos para 7,0 casos por 10.000 nascidos vivos com a suplementação de ácido fólico, metilfolato e fortificação de farináceos.

O ácido fólico é recomendado nas seguintes doses:

- **0,4 mg/dia** (40 gotas da solução 0,2 mg/mL), para gestantes com **baixo risco** para defeitos de fechamento do tubo neural, 1 mês antes da gravidez até a 12^a semana gestacional (1A).

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

- **5,0 mg/dia**, para gestantes com **alto risco** para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valpróico e carbamazepina, em caso de epilepsia, diabetes mellitus; obesidade, polimorfismo genéticos (MTHFR C677T), doenças inflamatórias intestinais), portadoras de anemia megaloblástica, trombofilias, tabagistas, anemia falciforme e mulheres com histórico de alcoolismo devem usar 5,0mg/dia até as 12 semanas após usar 0,4mg/dia até 4 a 6 semanas pós parto.

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 0,4mg) ao dia.

18.3 Orientação Nutricional

- **FOLATOS:** O consumo diário de alimentos fonte de folato deve ser incentivado, independente da suplementação de ácido fólico. O folato está presente em verduras, legumes e frutas, como: couve-flor, brócolis, beterraba, papaia, laranja, folhas verde-escuras, quiabo, cogumelos, abacate, aspargos e castanhas;
- Mulheres que planejam engravidar, devem ser informadas sobre os benefícios do folato alimentar e da suplementação;
- Todas as mulheres em idade reprodutiva devem receber suplementação com ácido fólico no período periconcepcional para evitar a ocorrência de DTN; preferencialmente 01 mês antes da gestação;
- Para as mulheres grávidas com alta ingestão diária de cafeína (mais de 300 mg por dia), recomenda-se a redução da ingestão diária de cafeína durante a gravidez para evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso à nascença, incluindo bebidas ou alimentos que contenham cafeína (café fresco, chá, refrigerantes à base de cola, bebidas energéticas com cafeína);
- **Suplementação profilática SULFATO FERROSO:**
 - 01 comprimido de sulfato ferroso 40 mg (ferro elementar 40 mg), via oral, 1 hora antes do almoço; desde o reconhecimento da gestação até o 3^o mês pós parto.

18.4 EXAMES

1^a Consulta ou 1^o trimestre:

- Hemograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Coombs indireto se RH negativo
- EQU
- Urocultura com teste
- Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)- [anexo - F]

- Eletroforese de Hemoglobina [anexo - H]
- Teste rápido de SÍFILIS (em caso de TR positivo, tanto a gestante quanto seu parceiro devem ser tratados)

Sífilis gestacional

- Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, parto ou puerpério, apresenta um teste reagente (treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação);
- Mulher assintomática que, durante o pré-natal, parto ou puerpério, apresenta um teste reagente (treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação) e sem registro de tratamento prévio;
- Mulher que, durante o pré-natal, parto ou puerpério, apresenta teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente, independente de sintomatologia e de tratamento prévio.

[Ficha de Notificação/Conclusão](#)

- Teste rápido para hepatite B e C
- Teste rápido para HIV (vide anexo M)
- Citopatológico (CP) de colo uterino (conforme Diretriz Clínica/INCA 2016)
- Glicemia de jejum

2º Trimestre:

- TTG /75gr 1º e 2º hora, [anexo J]
- Glicemia de jejum
- Coombs indireto (se paciente Rh negativo)
- EQU
- Urocultura com teste
- Sorologia para toxoplasmose -se IgG não reagente no 1º trimestre
- Teste rápido de triagem para sífilis
- Teste rápido para HIV
- Hemograma

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 glicemia de jejum sanguínea.

3º Trimestre:

- Hemograma
- EQU
- Urocultura com teste
- Teste rápido de sífilis
- Teste rápido hepatite B
- Teste rápido HIV
- Teste rápido hepatite C para as gestantes HIV +
- Coombs indireto (se gestante Rh negativo)

- Sorologia para toxoplasmose (se IgG for negativo nos 1º e 2º trimestres)
- Exame de secreção vaginal e swab anal (pesquisa para Estreptococos do Grupo B)
- Glicemia de jejum

Obs: A coleta para cultura de Estreptococcus do grupo B com swab vaginal e anal é recomendada de forma sistemática para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação, para determinar a colonização pelo Streptococcus do grupo B no trato genital e intestinal. Não há necessidade de tratamento durante o pré-natal quando o resultado for Streptococcus (+).

A informação do resultado do exame deverá ser colocada de forma bem visível na carteira de pré-natal, pois nas pacientes com resultado positivo para Estreptococo do grupo B, será feito, na hora do parto, na maternidade, a profilaxia com antibiótico.

- **TR HIV** (com aconselhamento): As pacientes negativas no 1º trimestre, deverão repetir o teste no início do segundo e terceiro trimestres. O teste positivo determina referência para alto risco. É **imprescindível** a notificação de todas as gestantes soropositivas (formulário SINAN). **Inserir as gestantes HIV positivas para o pré- natal HIV no sistema GERCON; mantendo o acompanhamento nas APS [Anexo M]**.
- **TR HEPATITE B:** se positivo, notificar a Vigilância de Saúde (Formulário SINAN) e investigar familiares. A gestante deve ser encaminhada para consulta na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais, para realizar o respectivo tratamento. Se a mãe for portadora do antígeno, a criança tem de 70% a 90% de chance de adquirir hepatite B e 85% a 90% de ser portadora crônica.

Obs: Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade Gastroenterologia - Hepatite Pediatria.

- **TR HEPATITE C:** Este exame deve ser realizado no 1º trimestre em todas as pacientes gestantes e será coletado na maternidade também. Atentar para as situações especiais de alto risco como: uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos. Se o TR HCV for positivo, notificar a Vigilância de Saúde (Formulário SINAN) e investigar familiares. Deve ser solicitado a carga viral (enfermeiro ou médico com assinatura e carimbo). A carga viral deve ser coletada na Rede Municipal (CSVS, Murialdo, HMIPV). A usuária leva a notificação ao serviço, pois será a solicitação de coleta de CV). Mesmo **sem** o resultado do exame (carga viral) **a gestante deve ser encaminhada para a gastro - hepatites** via Gercon.
- Em gestantes **HIV+** realizar **TR Hepatite C** também no 3º trimestre.

Obs: Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade Gastroenterologia Hepatites Pediátricas.

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

- Em gestantes as testagens devem ser repetidas sempre que houver exposição de risco.
- Em gestantes **HIV** realizar **TR Hepatite C** também no 3 trimestre.
- **Atenção: TESTAR PARCERIAS.**
- **Coombs Indireto (CI):** Se a gestante for Rh negativo, solicitar na 1ª consulta. Se CI negativo, repetir entre 24-28 semanas e, após a cada 4 semanas. Se positivo, referenciar para o PNAR imediatamente.
- **Toxoplasmose [Anexo F]:**
 - IGG REAGENTE e IGM reagente ou INDETERMINADO encaminhar ao PNAR.
 - IGG NÃO REAGENTE E IGM REAGENTE OU INDETERMINADO - suspeita de infecção aguda ou IGM falso positivo encaminhar ao PNAR.

Rastreamento da Diabetes Gestacional: [anexo J]

Os critérios para rastreamento positivo para Diabetes Gestacional incluem :

- A glicemia de jejum for ≥ 92 mg/dL e < 125 mg/dL;
- Pelo menos um dos valores do TOTG com 75g, realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacional, for **≥ 92 mg/dL no jejum, ≥ 180 mg/dL na primeira hora e ≥ 153 mg/dL na segunda hora**. O TOTG com 75g é preconizado para todas as gestantes que não apresentaram diagnóstico de DMG ou DM diagnosticado na gravidez.

As gestantes que na primeira consulta de pré-natal apresentaram glicemia de jejum ≥ 92 mg% e < 125 mg%, NÃO devem realizar TTG para confirmação.

Para as gestantes que não apresentaram diagnóstico de DM na gestação ou DM Gestacional no primeiro trimestre (glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL), o rastreamento deve ser realizado entre 24 e 28 semanas com TTG após sobrecarga de 75g de glicose, com medidas de glicemia de jejum, 1ª hora e 2ª horas após ingestão da glicose. É considerado diabetes gestacional quando pelo menos **um valor for igual ou superior a:**

- **92 (jejum) ou**
- **180 (1ª hora) ou**
- **153 mg/dL (2ª hora)**

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

Primeira etapa:

- Aquelas gestantes que tiveram o resultado entre $92 \geq$ e < 125 mg/dl terão o diagnóstico de **Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)**;
- A primeira etapa do tratamento consiste em terapia não-farmacológica: a prescrição de orientação nutricional (pelo profissional que atendê-la na APS) e aumento atividade física. **ENCAMINHAR À NUTRIÇÃO ADULTO VIA GERCON**;
- Encaminhar para a retirada dos insumos para Farmacia Distrital via Gercon
- Caso as metas glicêmicas preconizadas não sejam alcançadas em duas semanas (70% com valores adequados), após a implementação de controle nutricional e exercícios físicos (se possíveis), o **tratamento farmacológico (metformina 850 mg - 01 comp via oral no café da manhã)** é indicado e a gestante deve ser encaminhada ao **PNAR**, com a descrição das glicemias de controle após estas duas semanas com histórico da paciente.
- Estudos clínicos mostram que o tratamento do DMG quando acompanhado do monitoramento da glicemia capilar realizada quatro vezes ao dia em diferentes horários (jejum e pós-alimentar) associou-se à redução de diversos desfechos perinatais desfavoráveis (mortalidade fetal, distocia de ombro, lesão de nervos cranianos, excesso de massa gordurosa ao nascimento, recém-nascidos grandes para idade gestacional, macrossomia, cesarianas e pré-eclâmpsia);
- Alterações do hematócrito exercem influência no resultado das glicemias capilares. Na presença de hematócrito $< 30\%$ pode haver superestimação da glicemia capilar (valores mais elevados que os reais) e nos casos de hematócrito $> 55\%$ pode haver subestimação (valores mais baixos);
- Importante orientar quanto à necessidade de lavar as mãos com água e sabão ou higienizar com álcool e em seguida secar, para evitar que o sangue proveniente da punção do dedo tenha contato com restos de alimentos e, conseqüentemente, levar a erro de medição da glicemia. Devem ser utilizadas lancetas ou agulhas de baixo calibre para a gestante realizar a punção da região distal dos dedos das mãos;
- As gestantes devem anotar os valores das medidas da glicemia capilar e mostrar os resultados para serem analisados na consulta médica em duas semanas.

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 pós-prandiais devem ser realizadas a partir do início das refeições, sendo a análise de uma hora pós-prandial a que melhor reflete os valores dos

picos pós-prandiais avaliados por meio da monitorização contínua de glicose e também a que se associa mais diretamente com o risco de macrosomia fetal.

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.

Caso as opções anteriores sejam inviáveis, o perfil glicêmico é realizado na estrutura de saúde existente no local, apesar da limitação de não refletir a realidade cotidiana da mulher. Neste caso podem ser realizadas:

- Glicemia de jejum
- Glicemia pós-café da manhã

Encaminhar a gestante para o serviço de nutrição e após a análise em duas semanas, a gestante, dependendo dos resultados (- de 70% de medidas controladas) deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco (PNAR) com o início já do tratamento farmacológico: Metformina 850 mg/dia ou, se controle adequado (+ de 70% das medidas dentro dos parâmetros adequados), encaminhar para os ambulatórios de especialidades ginecologia geral. (AGENDA GERCON: Ginecologia Geral).

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL: consiste em um planejamento alimentar saudável, para promover adequado ganho de peso da mãe e do feto, manutenção da glicemia e prevenção de cetose.

As recomendações gerais nutricionais para mulheres com DMG são:

- Fazer 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar);
 - 2 a 3 lanches (um no meio da manhã, um no meio da tarde, um antes de se deitar)
- SEGUIR UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.** Evitar períodos de jejum prolongado (maior do que 4 a 5 horas) pelo risco de cetose;
- Para gestantes com DMG, a restrição da quantidade de carboidratos de 40 a 55% do total de calorias pode ser útil na obtenção de glicemias pós-prandiais adequadas. Preferir carboidratos com baixo índice glicêmico;
 - Adoçantes artificiais não calóricos (aditivos alimentares como o aspartame, a sacarina, o acesulfame-K, a sucralose e o neotame) podem ser utilizados com moderação. Controlar o ganho de peso durante a gestação para valores entre 5 Kg a 18 kg, dependendo do IMC da gestante antes da gravidez.

Quadro 4 - Tabela nutricional

IMC inicial	Ganho de peso total recomendado (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso recomendado (kg) semanal no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso ($<18,5\text{kg/m}^2$)	2,3	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Normal (18,5 a $24,9\text{kg/m}^2$)	1,6	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25 a $29,9\text{kg/m}^2$)	0,9	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade ($\geq 30\text{kg/m}^2$)	–	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 318p (recurso eletrônico). (Cadernos de Atenção Básica, nº 32.)

A orientação nutricional para diabetes gestacional tem o objetivo de priorizar o consumo de alimentos com baixo índice glicêmico, priorizando os alimentos naturais, com boa quantidade de fibras. Como proteínas magras, laticínios, ovo, alface, rúcula, soja, feijão, arroz integral, lentilha, cebola, lentilha, ervilha.

As fibras ajudam a equilibrar os níveis de açúcar no sangue, controlando a diabetes. Alimentos com alto índice glicêmico, como batata, arroz branco, macarrão branco, sorvete, geléia e bolo devem ser evitados, pois esses alimentos aumentam os níveis de açúcar no sangue, prejudicando o desenvolvimento do feto e podendo causar complicações como parto prematuro, aborto, além de excesso de peso e doenças cardíacas no bebê.

EQU e Urocultura:

Reduzem o risco de pielonefrite por detectarem precocemente as infecções urinárias baixas assintomáticas (bacteriúria assintomática). Na presença de bacteriúria assintomática por Streptococcus do Grupo B, **tratar e anotar**, com destaque, na carteira de pré-natal, pois este é **um critério de uso de antibiótico** profilático no parto.

Gestantes sintomáticas: coletar urocultura e iniciar tratamento presumido imediatamente após a coleta.

A antibioticoterapia no tratamento da infecção do trato urinário baixa deve ser feita com o antimicrobiano aos quais a bactéria seja sensível. Os antibióticos utilizados na infecção urinária assintomática e sintomática são os mesmos e estão citados na tabela abaixo (medicamentos disponíveis na Rede).

Disúria/ Polaciúria/ Urgência miccional/ Nictúria/ Dor suprapúbica/ Sensação de esvaziamento vesical incompleto/ Hematúria	Provável Cistite
--	-------------------------

terminal eventualmente.	
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 5 - 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
	Nitrofurantoína	100 mg	6/6 horas	5 dias
SINTOMÁTICA	Cefalexina	500 mg	6/6 horas	7 dias
	Amoxicilina + Clavulanato	500/125 mg	8/8 horas	7 dias
ASSINTOMÁTICA	Nitrofurantoína	100mg	6/6 horas	5 dias
	Cefalexina	500mg	6/6 horas	7 dias

Fonte: Rotinas em Obstetria/2011/Freitas et al

Retirar na farmácia distrital (em caso da gestante querer comprar os antimicrobianos, encaminhar para prescrição médica).

No seguimento deve-se realizar urocultura de controle uma semana após o término do tratamento, e, se negativa, esta deve ser repetida **mensalmente** até o final da gestação.

Na ocorrência de dois ou mais episódios de ITU na gestação, deve-se prescrever **profilaxia antimicrobiana**.

Para a profilaxia das recidivas, na recorrência da bacteriúria (infecções recorrentes) e nas pielonefrites agudas os antibióticos mais utilizados são:

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 ITU.

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

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 multíparas 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 MF durante 12 horas de atividade materna normal ou ausência de MF em até duas horas após tentativa de registro de MF, deve-se avaliar BCFs e caso não sejam detectados MFs na hora da avaliação na APS, encaminhar a gestante para avaliação em sua Referência Obstétrica.

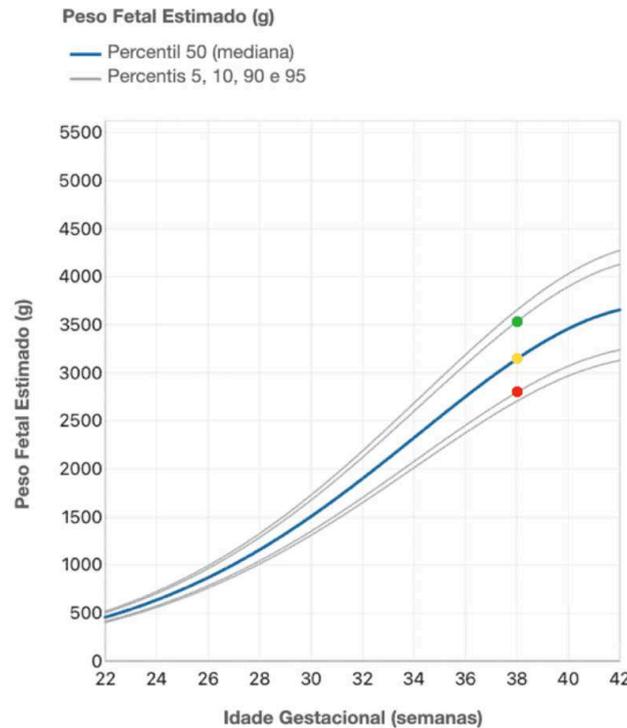
19.2- Ultrassonografia Obstétrica - análise

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que seja considerada como referência de peso esperado os percentis 10 e 90. Ou seja, quando o peso do bebê está entre o percentil 10 e 90 ele é considerado adequado. Os bebês que estão abaixo do percentil 10 são bebês chamados pequenos para a idade gestacional, enquanto que os que estão acima do percentil 90 são considerados grandes para a idade gestacional. A ultrassonografia poderá ser solicitada para a gestante em que há impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como para a detecção precoce de gestações múltiplas e restrição de

crescimento intra-uterino. O American College of Obstetricians and Gynecologists (Acog) recomenda o exame de ultrassom somente se houver suspeita clínica, como o aumento da altura uterina em relação à idade gestacional.

Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 18-20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional [Grau de recomendação A - anexo A].

Gestantes com o resultado ecográfico com percentil ≤ 10 devem ser encaminhadas ao Centro Obstétrico da Maternidade de Referência para avaliação de bem estar fetal e após encaminhadas ao PNDAR.



O líquido amniótico é medido conforme critérios ultrassonográficos (ILA).

POLIDRÂMNIIO:

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 (cardiopatas 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.



GESTANTE DEVE SER ENCAMINHADO AO PNAR

20. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

20.1 Vacina tipo adulto - dTpa:

Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto - dTpa - Ministério da Saúde.

A vacina adsorvida de difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular) introduzida, em novembro de 2014, no Calendário Nacional de Vacinação da gestante, como reforço ou complementação do esquema da vacina dupla adulta (difteria e tétano) tem como objetivo diminuir a incidência e mortalidade por coqueluche nos recém-nascidos. Essa doença é cada vez mais relatada em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, sendo a fonte de transmissão mais frequente para as crianças, especialmente as menores de um ano, que podem apresentar quadros atípicos da doença, dificultando o diagnóstico e possibilitando a transmissão para lactentes, com maior risco de desenvolverem complicações e podendo levar a óbito. Esta vacina oferece proteção vacinal indireta nos primeiros meses de vida (passagem de anticorpos maternos por via transplacentária para o feto) quando a criança ainda não teve a oportunidade de completar o esquema vacinal.

Composição: a vacina dTpa é uma associação de toxóide diftérico, toxóide tetânico e componentes purificados dos antígenos da Bordetella pertussis – toxina pertussis, tendo o hidróxido e o fosfato de alumínio como adjuvante.

Apresentação: seringa preenchida monodose.

Conservação e Validade: deve ser conservada em temperatura de +2° a +8°C, preferencialmente a mais 5 graus.

Indicação: gestantes a partir da 20ª semana de gestação (preferencialmente até a 36ª semana) e puérperas que não foram vacinadas durante a gestação (até 45 dias após o parto) - deve ser administrada a cada gestação. É indicada também para todos os profissionais de saúde, incluindo parteiras tradicionais, considerando histórico vacinal de difteria e tétano. Nos profissionais com esquema de vacinação primário completo, administrar a vacina dTpa como reforço a cada 10 anos em substituição da dT. Em situações especiais em que há falta da vacina DTPa (infantil), a vacina dTpa (adulto) pode substituí-la

nos reforços, a partir de 4 anos de idade (discutir cada caso individualmente com a Vigilância Epidemiológica).

Dose de Administração: Dose - 0,5 ml pela via IM profunda;

Esquema: uma dose a cada gestação para iniciar, completar ou como reforço de vacina dT, independente do número de doses prévias de dT.

A dTpa deve ser administrada **a cada gestação** considerando que os anticorpos têm curta duração, portanto, a vacinação durante uma gravidez não manterá alto nível de anticorpos protetores em gestações subsequentes. Esta vacina deverá ser registrada na carteira de saúde da gestante e ou cartão do pré-natal ou cartão de vacinação do adulto.

Para a proteção de RN, além da indicação da vacina para as gestantes, é de fundamental importância à vacinação dos profissionais de saúde - médico anestesista, ginecologista, neonatologista, obstetra, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem - que atuam em maternidades e em unidades de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI Canguru) atendendo recém-nascidos. As autoridades de saúde de diversos países, como Bélgica, Austrália, Estados Unidos, Reino Unido, dentre outros, já recomendam as vacinas contra *pertussis* para os profissionais de saúde que tenham contato com recém-nascidos.

Importante destacar que a proteção em RN prematuros, por meio da vacinação materna pode não ser assegurada, caso o nascimento ocorra antes da vacinação da gestante ou ocorra uma deficiência de passagem de anticorpos maternos.

Esquema de vacinação com a dTpa Gestantes:

O esquema recomendado da vacina tipo adulto-dTpa é **uma dose a cada gestação**.

A depender da situação vacinal encontrada, administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar esquema vacinal, completar ou como dose de reforço. Este esquema deverá ser completado até 20 dias antes da data provável do parto com a dT.

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.

A vacina dTpa aplicada após a 20ª semana de gestação induz produção de anticorpos contra tétano neonatal em gestantes que tenham esquema vacinal previamente completo com dT ou que tenham recebido duas doses de dT. Também resulta na produção de

anticorpos contra coqueluche, doença que pode acometer gravemente lactentes, por isso é importante que a gestante seja imunizada com uma dose de dTpa após a 20ª semana de gestação **a cada nova gravidez**.

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

20.2 Influenza

Deve ser realizada para as gestantes em qualquer trimestre, devido às complicações desta doença na gestação. A vacina contra a influenza é amplamente recomendada para esses indivíduos e, no caso de gestantes, tem o objetivo de sua proteção pessoal e, indiretamente, a proteção ao recém-nascido (RN), que não pode ser imunizado durante os 6 primeiros meses de vida.

20.3 Vacina para hepatite

Conforme Nota Técnica nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS: [Anexo C].

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.

As gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo de três doses, não necessitam de reforço vacinal. Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber três doses da vacina nos intervalos 0, 1 e 6 meses e ou **complementar** o esquema já iniciado.

20.4. Vacina para Coronavírus

Em agosto de 2021, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), o Centers for Disease Control and Prevention e a Society for MaternalFetal Medicine – três institutos reconhecidos internacionalmente – **recomendaram** que todas as gestantes passassem pela vacinação contra Covid-19. A partir de então, novas descobertas que envolviam o funcionamento dos antígenos forneceram evidências tranquilizadoras sobre a segurança das vacinas contra a Covid-19, em especial aquelas fabricadas a partir de RNA.

Não existe período gestacional correto para a imunização. Caso a gestante não tenha se vacinado no início da gestação, ela poderá procurar a vacina mesmo que já esteja próximo à data do parto. A estatística de complicações no parto e a possível prematuridade do bebê aumentam caso a mãe contraia Covid-19 e evolua para um quadro grave, situação que pode ser evitada a partir da vacinação. A vacinação contra Covid-19 é segura e necessária. Não há comprovação científica de que as vacinas apresentam riscos à saúde da gestante ou do feto. (vide **Nota Técnica nº 2/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS**).

Atualização das recomendações referentes a vacinação contra a Covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto).

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

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	1comp/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

[Manual de Gestação de Alto Risco](#)

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 comuns estão relacionadas à proteína, cálcio, ferro, vitaminas B12, D e ácido fólico e todos podem ter um grande impacto sobre a gravidez. A ingestão inadequada de cálcio, por exemplo, pode resultar na perda óssea materna, diminuição da secreção de cálcio do leite materno, ou inadequada mineralização do esqueleto do feto.

As doses diárias e seguras recomendadas de vitamina D para todas as gestantes durante o pré-natal podem variar de **400 UI até 2.000 UI**.

22. CRITÉRIOS PARA O ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Deverá ser dispensada atenção especial às gestantes com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade materna e perinatal [Grau de recomendação A - Anexo D]. Todas as gestantes com critério de Alto Risco devem ser referenciadas ao pré-natal de alto risco prontamente via sistema GERCON.

O encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco se dará conforme:

Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco).

No encaminhamento deve conter:

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

22.1 Condições de Saúde que Indicam o Encaminhamento ao PNAR

22.1.1 Patologias Prévias

- Hipertensão Arterial (Hipertensão Arterial na gravidez é Pressão Arterial (PA) sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, antes da 20ª semana de idade gestacional, medida em repouso de pelo menos 10 minutos);
- Nefropatias;
- Doenças Hematológicas;
- Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- Diabetes Mellitus Tipos I e II;
- Cardiopatia;
- Pneumopatia Grave;
- Doenças Neurológicas como a Epilepsia que necessitam de acompanhamento multidisciplinar;
- Qualquer patologia clínica que necessite acompanhamento de maior complexidade.

22.1.2 Na Gestação Atual

- Isoimunização Rh;
- Hipertensão Arterial (Hipertensão Arterial na gravidez é Pressão Arterial (PA) sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou PA Diastólica maior ou igual a 90 mmHg, medida em repouso de pelo menos 10 minutos);

- Teste Rápido reagente para HIV - Inserir gestante na Agenda GERCON PRÉ-NATAL HIV); [vide anexo M]
- Hemoglobina < 8;
- Diabete Gestacional;
- História Prévia de Doença Hipertensiva da Gestação, com mau resultado obstétrico e ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, HELLP, Eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Toxoplasmose IgM reagente ou conversão de IgG;
- Infecções pré-natais como a Rubéola, Citomegalovirose e Toxoplasmose adquiridas na gestação atual ou anterior em atividade [vide ANEXO - E];
- Oligodrâmnio Pré-termo (< ou igual há 36 semanas);
- Crescimento Intra-Uterino Restrito Pré-Termo;
- Desnutrição Materna severa;
- Drogadição e Alcoolismo;
- Gemelidade;
- Malformações Fetais ou arritmia fetal;
- Morte Intra-uterina ou perinatal em gestação anterior principalmente se for de causa desconhecida;
- Polidrâmnio;
- Placenta Prévia na gestação atual;
- Adolescentes.

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).

23. 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 dilatações: se presentes, não evoluem

O útero apresenta atividade contrátil durante toda a gestação, com contrações de dois tipos: de baixa (Braxton Hicks) e de grande amplitude. No último trimestre da gestação, as contrações de Braxton Hicks vão se tornando cada vez mais frequentes e podem ser confundidas com contrações de trabalho de parto. As dificuldades existentes para o diagnóstico inicial do TPP fazem com que até o momento não exista protocolo, baseado em evidências. Dessa maneira, os critérios para o diagnóstico do TPP variam na literatura, sendo o critério mais aceitos para o diagnóstico de TPP e contrações uterinas regulares a cada cinco minutos.

No falso trabalho de parto (FTP), não ocorre mudança progressiva do colo, e as contrações cessam espontaneamente após um 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.

23.1 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).

23.2 Indicações para Cesariana Eletiva:

- Apresentação pélvica ou anômala (39 semanas);
- Placenta acreta em gestação anterior;
- 2 ou mais cesáreas ou cicatriz ampla em miométrio (miomectomia) -39 semanas.

23.3 Indicações para Interrupção da Gestação

Muitos casos necessitam de interrupção antecipada da gestação **após avaliação individualizada**. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico (se possível) e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

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

24. 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 Primeira Semana Saúde Integral propõe um único atendimento com a mãe e o bebê na primeira semana de vida;
- 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 acompanhante, 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 DN's do programa Pré-Nenê (SINASC);

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.

25. PATOLOGIAS DO PUERPÉRIO

25.1 Endometrite

A endometrite leve pós-parto normal, sem repercussão no estado geral da paciente, pode ser tratada de ambulatório com antibiótico V.O. São usadas drogas de amplo espectro como a ampicilina ou a amoxicilina. A melhora deverá ocorrer em 48 a 72 horas e se houver persistência de febre após este intervalo, encaminhar a paciente à maternidade de referência.

Na endometrite pós-parto com peritonite (íleo, distensão abdominal e Blumberg positivo) bem como na endometrite pós-cesariana, a paciente deverá ser referida a hospitalização para tratamento mais intensivo.

25.2 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.

25.3 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.

25.4 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.

25.5 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.

25.6 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.

25.7 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.

25.8 Psicose Puerperal

- Prevalência de 1/500 puérperas.

No quadro agudo a paciente deve ser encaminhada para o Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul (PACS) ou no Pronto Atendimento em Saúde Mental no Centro de Saúde IAPI.

26. ALEITAMENTO MATERNO

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

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

O pré-natal é um momento importante para orientar as mulheres e familiares sobre o aleitamento materno, além de ser possível a formação de grupos de gestantes ou de sala de espera, esclarecendo dúvidas, dissipando os medos e mitos.

A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno.

26.2 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.

26.3 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.

26.4 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.

26.5 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



26.6 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:

- 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;
- 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**. 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. 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;
- 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);

- 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;
- 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;
- 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 - Aleitamento materno e doenças transmissíveis

Tipo de Infecção	Isolamento mãe/filho	Amamentação	Observações
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 pacíficas ou tratadas por 2 ou mais semanas antes do nascimento podem amamentar sem qualquer restrição. Seus filhos devem receber a vacina BCG logo após o nascimento.. 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.	Recomenda-se para a criança o uso profilático de isoniazida, na dose de 10mg/Kg/dia 15,16 até o 3º- 4º mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado.
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 vacinas primeiras 12 horas. A 2ª dose da vacina aos 2 meses, 3º dose aos 4 meses e última dose aos 6 meses. (As doses do 2º, 3º e 6º mês são feitas na Pentavalente)
HIV	Não	Não	
Mastite e abscesso mamário		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 inferior a 3 meses com	Diminuir, ao máximo, o contato mãe/filho, até a ausência de lesões na pele e mamas	Interrupção temporária até tratamento corretamente instituído com duração superior a 3 meses com sulfona.	Submete a criança a exames clínicos 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](#)

26.7 Recomendação para a realização de testagem rápida para o HIV durante o aleitamento materno

Deve ser realizada a testagem rápida para o HIV, para **todas** as lactantes durante o período da lactação, a cada 3 meses (sendo que a primeira testagem deve ocorrer no primeiro mês após o parto), mesmo com resultados prévios não reagentes para HIV durante o PN e no momento do parto. Também sugere-se testar todas as parcerias sexuais da lactante. Quando houver um episódio de risco maior a exposição (como relação sexual desprotegida, exposição a material biológico, etc) deve se realizar o TR imediatamente e realizar profilaxias necessárias. A frequência da testagem pode aumentar em casos de maior vulnerabilidade social ou conforme 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 - disponível após avaliação na emergência do Hospital Materno Infantil - Presidente Vargas.

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

- 1- AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines, *Endocr Pract.* 2008; 14(Suppl1)
- 2- AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines, *Endocr Pract.* 2013;19(No. 2)
- 3- Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil- Brasília-2004
- 4- Andolsek KM, Kelton GM. Risk assessment. *Prim Care* 2000; 27:71-103
- 5- .Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: *TheCochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford:Update Software.
- 6- Boushra MN, Koyfman A, Long B. COVID-19 in pregnancy and the puerperium: A review for emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 2021 Feb;40:193-198. doi: 10.1016/j.ajem.2020.10.055. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33162266; PMCID: PMC7605788.
40. Boushra MN, Koyfman A, Long B. COVID-19 in pregnancy and the puerperium: A review for emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 2021 Feb;40:193-198. doi: 10.1016/j.ajem.2020.10.055. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33162266; PMCID: PMC7605788.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteúdo=publicacoes/cab32>>. Acesso em: 20/04/2022.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>>. Acesso em: 20/04/2022.
- 8- Brasil. Decreto Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. *Diário Oficial da União.* 1943 [acesso em 2017 Fev. 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm__. Lei n. 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo decreto-lei n. 1.044, de 21/10/1969, e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 17 abr. 1975. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.__. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º. 15 – Atividades e Operações Insalubres. LEI Nº 11.770, DE 9 DE SETEMBRO DE 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença- -maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 mar. 2016. p. 1.*
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília,

- DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Nov 14]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 Nov 14]. Available From: Atenção ao pré-natal de baixo risco
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha>
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 84 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf ISBN 978-65-5993-074-6
- 13- Brent GA. Maternal hypothyroidism: recognition and management. *Thyroid* 1999; 9: 661-5
- 14- Bricker L, Neilson JP. Routine doppler ultrasound in late pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- 15- Brocklehurst P, Hannah M, McDonald H. Intervenciones para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 16- Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes-Ministério da Saúde -Brasília-2022
- 17- CDC: National Birth Defects Prevention Month and National Folic Awareness Week. January, 2006/MMWR nº54 (51&52);1301.
- 18- Center for Disease Control and Prevention. Hepatitis B. In: Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe C, editors. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 8th ed. Washington: Public Health Foundation; 2004. p. 191-212
- 19- Chard T. Pregnancy tests: a review. *HumReprod* 1992; 7:701-10.
- 20- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al. Prenatal care. In: Cunningham FG, Williams J, Whitridge J, editors. *Williams obstetrics*. 20th ed., Connecticut: Appleton & Lange, 1997; 227-50.

- 21- Duley L, Henderson-Smart DJ, Knight M, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.
- 22- ELLINGTON, S. et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 20-June 7, 2020
- 23- Ewigman BG, Crane JP, Figoletto FD, fetal. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome: RADIUS Study Group. *N Engl J Med* 1993; 329:821-7.
- 24- ELLINGTON, S. et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 23-June 7, 2020
- 25- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no 35/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal)
- 26- Fescina RH, Mucio BD, Díaz Rossello JL, Martínez G, Abreu M, Camacho V, et al. Saúde sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR; 2007
- 27- Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes clínicas da atenção à gestante: assistência pré-natal [Internet]. Fortaleza:Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016 [cited 2019 Nov 14]. Available from: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/gestantes.pdf
- 28-Francisco, Rossana Pulcineli Vieira, Lucas Lacerda, and Agatha S. Rodrigues. 'Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services.' (2021). Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/vacinacao-covid19/>
- 27- Garrido AG, Silva Filho ET, Silva Netto JP, Ferreira AC. Avaliação ecográfica do líquido amniótico: técnicas e valores de referência. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 82/Comissão Nacional Especializada em Ultrassonografia em GO).
- 28- Gaunekar NN, Crowther CA. Maintenance therapy with calcium channel blockers for preventing preterm birth after threatened preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 29- Genetics Committee, Wilson RD, Audibert F, Brock JA, Carroll J, Cartier L, Gagnon A, et al. Preconception Folic Acid and Multivitamin Supplementation for the Primary and Secondary Prevention of Neural Tube Defects and Other Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(6):534-52
- 30- Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):3-9

- 31- King J, Flenady V. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 32- Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21(10):1081-125
- 33- Improvement (ICSI).24. National Guideline Clearinghouse (NGC) and the Institute for Clinical systems United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1996 (revised 2004 Feb 24). 4 pages. NGC:003453. The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) strongly recommends screening for hepatitis B virus (HBV) infection in pregnant women at their first prenatal visit. A Recommendation. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Routine prenatal care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 Aug. 80 p. [229 references] www.icsi.org
- 34- Instituto Butantan. Vacina Corona Vac: tecnologia. São Paulo (SP): 2021. Disponível em: [Instituto Butantan](http://www.butantan.gov.br)
- 35- Liu X, Zou M, Sun C, Wu L, Chen WX. Prenatal Folic Acid Supplements and Offspring's Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis and Meta-regression. *J Autism Dev Disord*. 2022 Feb;52(2):522-539. doi: 10.1007/s10803-021-04951-8. Epub 2021 Mar 20. PMID: 33743119; PMCID: PMC8813730.
- 36- Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
- 37- Kramer MS. Balanced protein/energy supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- 38- King J, Flenady V. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
40. Knight M, Duley L, Henderson-Smart DJ, King JF. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD000492. DOI: 10.1002/14651858.CD000492.
- 41- Lumley J, Watson L, Watson M, et al. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- 42- McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 43- McDuffie RS, Beck A, Bischoff K, et al. Effect of frequency of prenatal care visits in perinatal outcome among low risk women. *JAMA* 1998; 275:847-51.

- 44- Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: TheCochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford:Update Software.
- 45- Mahomed K. Zinc supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: TheCochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford:Update Software.
- 46- Mahomed K, Gulmezoglu AM. Pyridoxine(vitamin B6) supplementation in pregnancy(Cochrane Review). In: The CochraneLibrary, Issue 3, 2000. Oxford: UpdateSoftware.
- 47- Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação: adolescente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao#adolescente>
- 48-. Ministério da Saúde(BR)Atenção ao pré-natal de baixo risco em (internet)Brasília;2013Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno32.pdf> Ministério da Saúde(BR) Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa :Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres.Brasília:Ministério da Saúde;2016
- 49- MMWR Morbidity and Mortality Weekly Center for Disease Control and Prevention. Hepatitis B. In: Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe C, editors. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 8th ed. Washington: Public Health Foundation; 2004. p. 191-21.
- 50- Ministério da Saúde(BR) Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa :Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres.Brasília:Ministério da Saúde;2016
- 51- National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE; 2010
- 52- Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In:The Cochrane Library, Issue 3, 2000.Oxford: Update Software.
- 53- Organização Mundial da Saúde – OMS. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra; 2013:36p.
- 54- Prevenção dos Defeitos Abertos do Tubo Neural/Protocolos Febrasgo/Obstetrícia/nº5/2021
- 55- POON, L. C. et al. ISUOG Interim Guidance on coronavirus disease 2019(covid-19) during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals – an update. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, England, v. 55, n. 6, p. 848-862, 2020.
- 56- Pattison N, McCowan L. Cardiotocography For antepartum fetal assessment (CochraneReview). In: The Cochrane Library, Issue 3,2000. Oxford: Update Software.
- 57- PCDT de prevenção da transmissão vertical do MS <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-pre>

- venção-da transmissão vertical-de-hiv Nota técnica de sífilis em gestante de Porto Alegre 2021 NOTA TÉCNICA SMS 006/2021 PROCESSO 21.0.000105562-0
-<http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras/norma-regulamentadora-n-15-atividades-e-operacoes-insalubres>
<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=O%20Brasil%20conseguiu%20reduzir%20em,anterior%20era%20de%2064%2C5> publicado em 28/05/2020-acessado em 18/05/2022
-linha de cuidado do estado do RS.
- 58- POON, L. C. et al. ISUOG Interim Guidance on coronavirus disease 2019(covid-19) during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals – an update. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, England, v. 55, n. 6, p. 848-862, 2020.
- 59- RASMUSSEN, S. A. et al. Coronavirus Disease 2019 (covid-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis., v. 222, n. 5, p. 415-426, May 2020.
- 60- Report, Atlanta, v. 69, n. 25, p. 769-775, June 2020.
- 61- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Coronavirus (covid19) Infection in Pregnancy: Information for healthcare professionals. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2021.
- 62- Samuels P, Cohen AW. Pregnancies complicated by liver disease and liver dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1992; 19:745-63.
- 63-.Schimdt MI, Reichelt AJ. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes prégestacional. *Arq Bras Endocrinol Metab*1999; 43:14-20.
- 64- Silva, W. C., Wanderley, R. R., Markus, G. W. S., Pereira, R. A. do Couto, G. B. F., & Dias, A. K. (2020). Pré-natal do parceiro: desafios para o enfermeiro. *Revista Extensão*, 4(2), 127-137.
- 65- Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonization (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 66- Smallridge RC. Hypothyroidism and pregnancy. *Endocrinologist* 2002; 12: 454-63.
- 67- Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Imunização. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Imunização na gestação, pré-concepção e puerpério. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria. (Acesso em 13 de julho de 2021). 2020:11p. Disponível em:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1215-imunizacao-na-gestacao-pre-concepcao-e-puerperio-documento-tecnico-sbp-sbi-e-febrasgo>
Sociedade Brasileira de Imunização. Calendário de vacinação SBIm Gestante – Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2021/2022. São Paulo. (Acesso em 13 de julho de 2021). 2021:1p. Disponível em:
<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>

- 68- Sociedade de Pediatria do RS-Comitê de Aleitamento Materno.
- 69- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al.
- 70- SUTTON, D. et al. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 382, n. 22, p. 2163-2164, May 2020
- 71- Takimi LN. Solicitar e avaliar exames complementares. In: Grupo Hospitalar Conceição. Atenção à saúde da gestante em APS [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011 [capturado em 20 maio 2011]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>.
- 72- Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software. 73- US Preventive Services Task Force. Guide To clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
- 74- VILLAR, J. et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality among Pregnant Women with and without covid-19 Infection: The INTERcovid Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatrics*, Chicago, v. 175, n. 8, p. 817-826, Apr. 2021.
- 75- Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- 76- WIERSINGA, W. J. et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (covid-19): A Review. *JAMA*, Chicago, v. 324, n. 8, p. 7827-93, Aug. 2020.
- 77- Woodard CB. Pregnancy following bariatric surgery. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004;18(4):329-40.

ANEXO A - ORIENTAÇÕES PARA AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

- **Gestantes com algum risco:** a frequência das consultas deve ser individualizada
- **Gestantes faltosas:** orientação construção de instrumento (planilha de gestantes da US) para identificar gestantes faltosas e realizar busca ativa;
- **Consulta odontológica:** prioritariamente, no primeiro trimestre da gestação.

1ª CONSULTA

→ **Registrar** informações em prontuário e carteira de pré-natal;

→ **Exame físico geral:**

- Peso;
- Altura;
- Níveis pressóricos;
- Estado nutricional;
- Uso de álcool, drogas e tabagismo;
- Frequência cardíaca;
- Ausculta pulmonar;
- Exame de membros inferiores;
- Antecedentes familiares: HAS, DM, trombofilias;
- 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;
- Definir, com maior precisão possível, a idade gestacional;
- Medir a altura uterina;
- Ausculta dos BCF (se possível);
- Posição fetal (se possível).

PRÉ-NATAL DA PARCERIA:

- Realizar testes rápidos
- Orientações gerais de saúde
- Orientações em relação ao seu papel no PN

EXAMES

1º 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.

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virias

- Citopatológico (CP) de colo uterino (conforme Diretriz Clínica/INCA 2016 e Protocolo de Rastreamento de Neoplasias da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre) Apesar de a junção escamocolunar no ciclo gravídico puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada (HUNTER; MONK; TEwARI,2008);
- Exame de mamas;
- Exame de urina Urocultura e antibiograma;
- Exame de toxoplasmose IgG/ IgM;
- Glicemia de jejum.

Se a 1º consulta for realizada até as 12 semanas de gestação: introduzir ácido fólico com a dose adequada (item 18.2) Sempre introduzir sulfato ferroso 40 mg ao dia, preferencialmente uma hora antes do almoço.

Profilaxia da pré eclâmpsia:

- Ácido Acetilsalicílico 100 mg de preferência entre a 12º e a 14º semanas de gestação, após o jantar, em pacientes com alto risco de pré-eclâmpsia, (vide anexo Q) gemelaridade, hipertensão crônica e diabetes prévia. Não começar a profilaxia se a gestante estiver com mais de 20 semanas na primeira consulta de PN;
- Carbonato de cálcio 02 (dois) comprimidos por dia de carbonato de cálcio (1250 mg por comprimido), o que equivale a um total de 1000 mg de cálcio elementar a partir da 16º semana de gestação e continuar até a 36º semana. Recomenda-se a administração antes de dormir ou pela manhã, sempre com a ingestão de algum alimento.
- **Se gestante RH- e pai RH+, solicitar COOMBS IND na 1ª consulta:**
- **Se positivo encaminhar ao PNAR; se negativo solicitar a partir das 24-28 semanas mensalmente até o final da gestação.**

2º CONSULTA

Deve ser realizada entre 2 a 3 semanas da 1º 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;
- Realizar ausculta de BCFs após a 12º semana gestacional;
- Avaliar resultados de exames.

Registrar informações em prontuário e-SUS e carteira de pré-natal

- Próximo a 18º semana perguntar sobre a movimentação fetal;
- Solicitar controle mensal de VDRL para aquelas gestantes e parceiros que realizaram
- Tratamento para sífilis e TR positivo no 1º trimestre (mesmo que tratadas em outra gestação);
- Solicitar EQU e urocultura mensal para as pacientes que desenvolveram ITU no 1º trimestre.

2º Trimestre (entre 24º semana e 28º semana)

SOLICITAR :

- TTG /75gr 1° e 2° hora; se diagnóstico prévio de Diabete Mellitus à gestação ou dosagem inicial de glicemia ≥ 92 não solicitar TOTG;
- Não solicitar TTG para pacientes pós bariátricas;
- Hemograma;
- Coombs indireto (se paciente Rh negativo);
- EQU;
- Urocultura com teste;
- Sorologia para toxoplasmose - IgM ou IgG não reagentes no 1° trimestre.

REALIZAR :

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

3° Trimestre:

- Hemograma;
- EQU;
- Urocultura com teste;
- Testes rápidos de HIV;
- Teste rápido de 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 1° trimestre e 2° trimestres;
- Exame de secreção vaginal e swab anal (pesquisa para estreptococos do grupo B).

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 gestantes com 41 semanas devem ser enviadas para o centro obstétrico de referência para avaliação e conduta.

Quadro 3 - TESTES RÁPIDOS NA GESTAÇÃO

TR/TRIMESTRE	1	2	3	MATERNIDADE
HIV	X	X	X	X
SÍFILIS	X	X	X	X
HEPATITE B	X		X	X
HEPATITE C	X			X

CAIST/DAPS

[Nota técnica Sífilis em gestante 2021 \(CAIST\)](#)

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 - 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, excluído 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 de Hemoglobina	Hemoglobina \geq 11g/dl	Iniciar sulfato ferroso 40 mg 1 comp ao dia desde o início da gestação, 1 hora antes do almoço, até o 3º mês pós gestação.

Dosagem de Hemoglobina	Hemoglobina $\geq 8\text{g/dl}$ e $< 11\text{g/dl}$	<p>Anemia leve e moderada</p> <p>a) 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>b) Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - Se a HB permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referenciar a gestante ao pré-natal de alto risco.
Dosagem de Hemoglobina	Hemoglobina $< 8\text{g/dl}$	<p>Anemia grave</p> <p>Referir ao pré-natal de alto risco</p>
Toxoplasmose	<p>IGG E IGM (-): suscetível</p> <p>IGG (+) IGM (-): infecção passada</p> <p>IGG(+)/IGM (+) ou indeterminado</p>	Encaminhar ao PNAR via GERCON, iniciar tratamento
Toxoplasmose	<p>IGG E IGM (-): suscetível</p> <p>IGG (+) IGM (-): infecção passada</p> <p>IGG(+)/IGM (+) ou indeterminado</p>	Encaminhar ao PNAR via GERCON, iniciar tratamento
Glicemia de jejum	<p>Glicemia ≥ 92</p> <p>Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL</p>	<p>Diabetes Gestacional</p> <p>Diabetes prévia à gestação</p>

ANEXO D - NOTA TÉCNICA Nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS

Referência: Questionamento da Coordenação Estadual de Imunizações. Int.: Gerência de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal.

Assunto: Nota técnica referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS.

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), em atenção ao questionamento da Coordenação Estadual de Imunizações do Distrito Federal, referente à vacinação de gestante contra hepatite B, informa:

- O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para a hepatite B e que perderam a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços. A administração da mesma está indicada após o primeiro trimestre de gestação. Essa estratégia contribuirá para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70% a 90%) quando ocorre a contaminação em idade precoce;
- A transmissão vertical ocorre predominantemente durante o parto, por meio de contato com sangue, líquido amniótico ou secreções maternas, sendo rara a transmissão via transplacentária, leite materno ou após o nascimento;
- A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra indica a imunização para a hepatite B. As gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo de três doses, não necessitam de reforço vacinal. Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber três doses da vacina nos intervalos 0, 1 e 6 meses e ou completar o esquema já iniciado. A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com a idade: 0,5 ml até 19 anos de idade e 1,0 ml a partir desta, seguindo as normas do PNI;
- Para gestantes em situação de violência sexual recomenda-se a administração de três doses da vacina se a vítima não for vacinada e ou doses adicionais se estiver com esquema vacinal incompleto para hepatite B. Recomenda-se também dose única de Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), 0,06ml/kg, IM se a vítima for suscetível e o agressor AgHBs positivo ou pertencente a grupo de risco (usuário de drogas, portador de DST/Aids, sorologia desconhecida para hepatite B, por exemplo). Quando indicada, a IGHAB2 deve ser aplicada o mais precocemente possível, até no máximo, 14 dias após a violência sexual;
- As principais finalidades da vacinação contra a hepatite B são prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e sua evolução para a cirrose hepática e ou hepatocarcinoma e, ainda contribuir na redução da transmissão viral. As características da transmissão do vírus requerem estratégias diferenciadas de vacinação, para que sejam protegidos tanto os recém-nascidos quanto crianças, adolescentes e adultos . O PNI oferece a vacina contra hepatite B nos calendários da criança, adolescentes, adultos e idosos. Para os adultos e idosos considera-se aqueles em condições especiais para controlar a infecção no país;
- Recomendada para as gestantes **HIV** caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg não reagente. A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante e seguindo o esquema de 4 doses (0,1,2 e 6 ou 12 meses).

ANEXO E - RECOMENDAÇÕES E EVIDÊNCIAS

Desde o advento da medicina baseada em evidências (MBE), muito tem se falado da qualidade das evidências disponíveis para a tomada de decisão clínica. Quando realizamos a leitura de uma diretriz ou de uma revisão sistemática é comum nas páginas iniciais a descrição da metodologia aplicada para confecção daquele documento, bem como a classificação das recomendações e o nível de evidência relativo aos estudos utilizados.

Muitas escalas já foram realizadas, entretanto recentemente foi desenvolvido um sistema denominado “Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group” . Comparado a outros sistemas, inclusive ao clássico – Centre of Evidence-based Medicine – Oxford – (CEBM), desenvolvido por David Sackett, o sistema GRADE é mais objetivo e abrangente, associando o nível da evidência à força de recomendação.

O foco não se restringe apenas ao delineamento do estudo, como em outros tipos de escala, fornece informações claras sobre a qualidade da evidência e a força de recomendação, não avalia os estudos quanto ao risco de viés apenas individualmente, mas sim na totalidade das evidências e avalia as evidências de acordo com a eficácia, efetividade e segurança.

O sistema GRADE qualifica a evidência em quatro níveis. O nível da evidência representa a qualidade da evidência e está associado à confiança na informação utilizada.

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-controlle).

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 F - 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).

Devem ser realizados em todos os trimestres se IGG e IGM anteriores forem negativos.

CONDUTAS

- Se Resultado for IgG reagente e IgM reagente ou Indeterminado:
 - **Iniciar** tratamento se menor das 16 semanas - Espiramicina 500mg - 2 comprimidos de 8/8 horas ao dia.
 - 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 IGG e IGM.**
 - **NÃO encaminhar gestantes para coleta de teste de avides, pois será realizado no Ambulatório de Alto Risco).**
 - Notificar no SINAN.
 - Informações detalhadas sobre interpretação e condutas estão no Doc em anexo que também está na BVAPS - Políticas Públicas - Saúde da Mulher.

[Página BVAPS- Saúde da Mulher](#)

Quadro 8 – 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 NÃO solicitar teste de avides (será coletado no Alto Risco)

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
------------------	-----------------------------	--	--

CONDUTAS NO PNAR (Antes de 16 semanas de gestação):

- **Se avidéz forte:** infecção adquirida antes da gestação. Suspender tratamento e gestante retornar para seguimento na APS.
- **Se avidéz fraca ou indeterminada:** possibilidade de infecção adquirida na gestação. Manter tratamento no pré-natal de alto risco.
- **A partir de 16 semanas de gestação:** Avidéz não permite excluir infecção atual, permanece no PNAR com tratamento.

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

TRATAMENTO

- **<16 semanas:** Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina®);
- Trocar para **esquema tríplice** a partir de 16 semanas. **≥ 16 semanas** -> **Esquema tríplice:**
- Sulfadiazina 500 mg – 2 comp via oral de 8/8 horas ou 3 comp via oral de 12/12 horas;
- Pirimetamina, 25mg - 2 comprimidos via oral 1x ao dia;
- Ácido fólico, 15mg 1 comprimido via oral ao dia durante todo o uso da pirimetamina até 1 semana após a interrupção (podendo a dose ser aumentada por surgimento de neutropenia, anemia e plaquetopenia);
- **ATENÇÃO:** O ácido fólico não deve ser usado para substituir o ácido fólico.

Prevenção primária de toxoplasmose

- Higienizar corretamente as mãos antes das refeições ou após manusear lixo, ter contato com animais e manipular alimentos. Utilizar luvas ao manipular carnes cruas;
- 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 as seguintes instruções:
 - 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 por 10 minutos: diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água;
 - Lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente;
 - Mantê-los sob refrigeração 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 carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas e não provar a carne crua durante seu preparo. Cozinhar a carne a pelo menos 67° C (ao ponto para bem passada);
- 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.

Convívio com gatos:

- Alimentar gatos com ração, não deixando que façam ingestão de carne caça ou carne crua;
- Evitar que a gestante troque a caixa de areia de gatos domésticos. Caso não seja possível, ela deve 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, se houver contato, higienizar corretamente as mãos.

ANEXO G - 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 H - USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO

Consumir bebidas alcoólicas, antes e durante a gravidez podem colocar a saúde da gestante e a do bebê em risco . A tolerância para o álcool durante a gestação é zero.

Quando a gestante consome bebida alcoólica, o álcool atravessa a placenta, o que faz com que o feto esteja exposto às mesmas concentrações do sangue materno. Porém, a exposição do feto é maior, porque o metabolismo e eliminação do álcool são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool. Essa exposição ao álcool afeta o desenvolvimento do cérebro e do corpo do bebê.

Ingerir bebida alcoólica durante a gravidez coloca o bebê em risco de apresentar Transtorno do Espectro Fetal do Álcool (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: Suspende 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, extropropoxifeno.	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 ANTIINFECCIOSOS		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.
		<p>Antivirais. Escabicidas: lindano e monossulfiram.</p> <p>Antimicóticos: cetoconazol, Itraconazol, terconazol, isoconazol.</p> <p>Metronidazol, Tinidazol, furazolidona.</p> <p>Antimaláricos. Pirimetamina. clofazimina, dapsona.</p>	<p>Antivirais: aciclovir, idoxuridina.</p> <p>Escabicidas: exceto lindano e monossulfiram.</p> <p>Antimicóticos: miconazol, nistatina, Fluconazol, clotrimazol, anfotericina B, griseofulvina.</p> <p>Anti-helmínticos. Anti Esquistossomóticos. Pentamidina, Antimoniato de meglumina.</p>
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 valpróico.

	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: Suspende 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.	
MISCELÂNEA	Amiodarona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol.	Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida,
	Antineoplásicos citotóxicos/imunossuppressores	Teofilina, aminofilina.	Antieméticos: metoclopramida, bromoprida, alzaprida, domperidona.
		Iodetos, iodopovidona.	Anti-histamínicos: preferir loratadina. à descongestionantes.
	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.	

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
		Clonidina. Pizotifeno.	Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina. Diuréticos. Lidocaína.
		Reserpina.	Laxativos.
		Nicotina.	Vitaminas. Imunoglobulinas. Vacinas.

[Amamentação e uso de drogas](#)

ANEXO I - 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 vasooclusão 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).

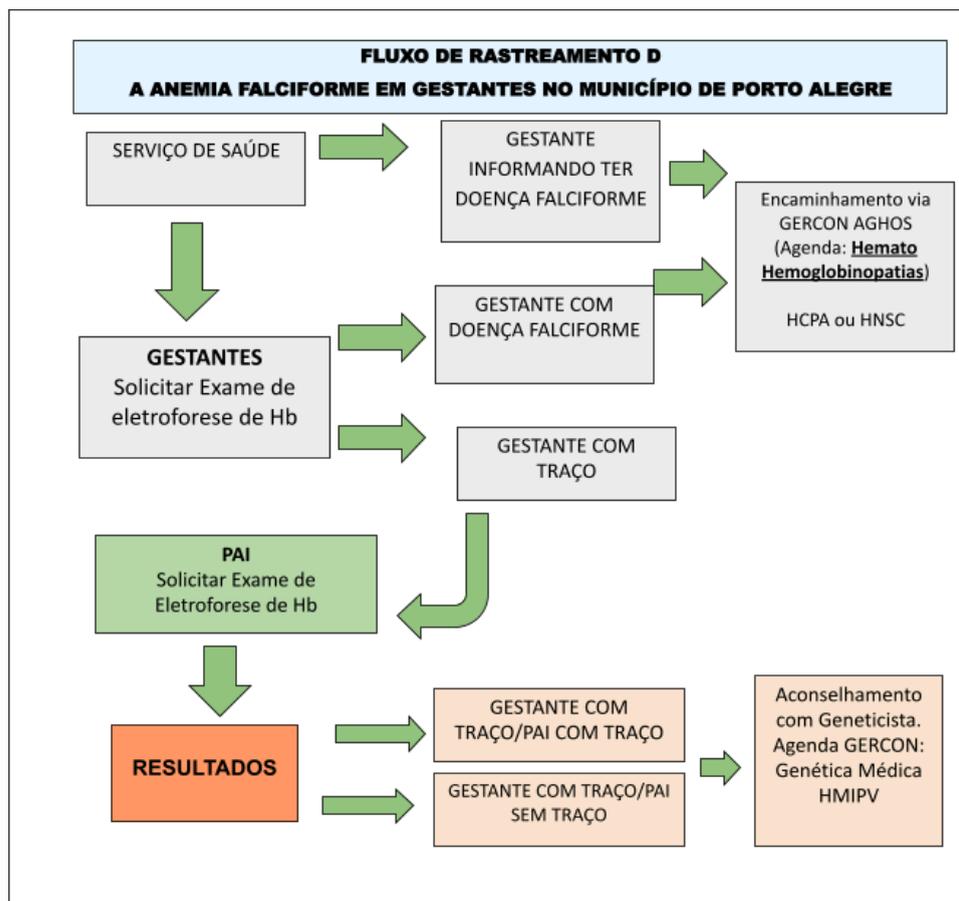
O rastreamento e diagnóstico **precoce** de DF na gestante é essencial e pode ser feito através de exames como a Eletroforese de Hemoglobina no primeiro trimestre ou no momento de captação da gestante.

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 4 - 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 ingestão 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 progestágeno 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 **HOMOZIGOTO** 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 os centros de referência em tratamento; Agenda GERCON _ Hemato Hemoglobinopatias (HCPA e HNSC).

Quadro 10 - Eletroforese de Hemoglobina na Primeira Consulta de 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.

[Detecção de Doença Falciforme no Pré-natal](#)

ANEXO J - 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 K - PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL

Este protocolo se refere ao rastreamento de diabetes para todas as gestantes, visando padronizar o diagnóstico e detectar qualquer grau de intolerância à glicose. Ele está baseado em informações atuais, recomendadas pelo ADA (Association Diabetes American) e endossadas pelo ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists).

Devemos informar as mulheres com DMG sobre os efeitos desta patologia sobre a gravidez. Orientá-las que o bom controle glicêmico em toda gravidez irá reduzir os riscos de macrosomia fetal, trauma durante o nascimento (para a mãe e bebê), diminuir a possibilidade de cesariana, hipoglicemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório e morte perinatal.

Devem-se orientar as pacientes quanto à importância do exercício físico, controle da dieta e do peso, principalmente para as pacientes com IMC 25Kg/m², prevenindo, dessa forma, as consequências desta patologia.

Os critérios para rastreamento positivo para **Diabetes Gestacional** incluem todas as gestantes que na primeira consulta de pré-natal, apresentaram glicemia de jejum ≥ 92 mg% e ≤ 125 mg %, assim não havendo necessidade de fazer TTG.

As gestantes que apresentarem glicemia de jejum ≥ 126 mg, é provável que sejam diabéticas pré-gestacionais.

Todas as gestantes que apresentarem glicemias **<92mg antes das 24 semanas deve ser feito o TTG 75 entre 24 e 28 semanas.**

Serão consideradas incluídas como DMG as gestantes que apresentarem **uma** medida ou mais alteradas. Os pontos de corte do TTG 75 são:

- JEJUM ≥ 92 ,
- 1hora ≥ 180 mg%,
- 2horas ≥ 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. (TelessaúdeRSUFRGS-2019).

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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS

O tratamento **Não Farmacológico da DMG**, baseia-se na avaliação do perfil antropométrico da gestante, dos seus hábitos alimentares, da acessibilidade aos alimentos, de suas condições clínicas, socioeconômicas e culturais. Seu objetivo é atingir as metas glicêmicas, de ganho de peso materno adequado e prevenir a ocorrência de desfechos fetais e neonatais desfavoráveis. Na ausência de complicações médicas ou obstétricas ou contra indicações, a prática de exercícios físicos na gravidez é segura e desejável.

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.

Fluxograma 5 - Rastreamento de Diabetes na 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.

ANEXO L - COVID E GESTAÇÃO

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARSCoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. A preocupação inicial ficou concentrada nas gestantes de alto risco, devido a doenças como hipertensão, diabetes e obesidade, as quais poderiam apresentar pior evolução da covid19, de maneira semelhante ao que se observava nas grávidas.

Embora a maioria dos relatos de literatura mostre que grande parte das gestantes apresenta quadros clínicos leves ou moderados (23) e que de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório e/ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), com o aumento do número de casos em diversos países e a análise dos casos ocorridos, foi verificado maior risco de complicações maternas principalmente nos dois últimos trimestres da gravidez e no puerpério, com casos de morte materna.

Em 2021, a revisão sistemática mostrou que as gestantes apresentam evolução mais rápida para quadros moderados e graves e que a morte materna ocorre em 0,6% a 2% das pacientes.

No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para covid-19. Assim, tornou-se fundamental que o Ministério da Saúde estabelecesse um manual para o manejo assistencial da covid-19 acessível às diversas regiões do País, considerando suas dimensões continentais e heterogeneidade, e às populações indígenas e outros povos e comunidades, por vezes mais vulneráveis aos efeitos dessa infecção.

A doença apresenta maior gravidade no terceiro trimestre e no puerpério, condição que não sofreu mudança desde o início da pandemia.

A proporção de óbitos foi de 5% no primeiro trimestre, 21% no segundo trimestre, 37% no terceiro trimestre, 33% no puerpério e 4% naquelas com idade gestacional ignorada a alta morbimortalidade no período puerperal. A presença de comorbidades aumenta o risco de evolução desfavorável e, muitas vezes, nos casos graves se identifica a presença de mais de uma patologia prévia.

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 pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e durante a amamentação. A capacidade de transmissão do SARS-CoV-2 pelo sangue ainda é incerta. Foi descrita viremia transitória e com baixa carga viral em 1% dos pacientes sintomáticos. Já foi demonstrada a presença de receptor ACE-2 no trofoblasto e já foi divulgada foto por microscopia eletrônica .

Estudo recente demonstrou 13% de positividade em neonatos de gestantes positivas no momento do parto, enquanto a amamentação não se associou a aumento de risco de positividade na testagem neonatal.

As evidências disponíveis mostram que a transmissão vertical existe, mas é pouco frequente, e não é afetada pela via de parto, clampeamento tardio do cordão umbilical ou contato pele a pele, amamentação ou alojamento conjunto – desde que as medidas de precaução sejam mantidas.

A OMS entende que os benefícios do aleitamento materno superam largamente o baixo risco da transmissão vertical.

A determinação da gravidade da gestante e da puérpera é de extrema importância para o seguimento e prognóstico do quadro recomendamos que os profissionais de saúde utilizem o **Escore de Alerta Precoce**, como ferramenta de decisão, apresentado abaixo:

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
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO GESTANTES E PUÉRPERAS	<p>Síndrome gripal (SG):</p> <ul style="list-style-type: none"> - tosse; - dor de garganta ou coriza seguido ou não de: <p>a) perda de olfato (anosmia)</p> <p>b) alteração do paladar (ageusia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - diarreia - coriza - dor abdominal - febre - calafrios - mialgia - fadiga - cefaleia 	<p>- tosse persistente + febre persistente diária</p> <p>OU</p> <p>-tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à covid-19 (adinamia - falta de força física),</p> <p>prostração, hipotermia (baixa temperatura do corpo), diarreia</p> <p>OU</p> <p>- pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</p>	<p>Síndrome respiratória aguda grave (SRAG):</p> <p>- síndrome gripal que apresente:</p> <p>dispneia/desconforto respiratório</p> <p>OU</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 tele atendimento com atenção aos sintomas após o 7º dia
DOENÇA LEVE	Segundo o quadro acima e SEM DISPNEIA	Coletar RT-qPCR em nasofaringe, caso indicação clínica coletar: -hemograma -creatinina -uréia -sódio,potássio -tgo, tgp	-manter isolamento com suporte de hidratação, analgésicos, anti térmicos -orientar sobre os sinais de agravamento -monitoramento pela equipe de saúde dos

		-LDH -proteína C reativa	Sintomas 2-3x por semana e diariamente do 7º ao 14º dia.
DOENÇA MODERADA	QUADRO ACIMA		INTERNAÇÃO

MORBIDADE OBSTÉTRICA E PERINATAL

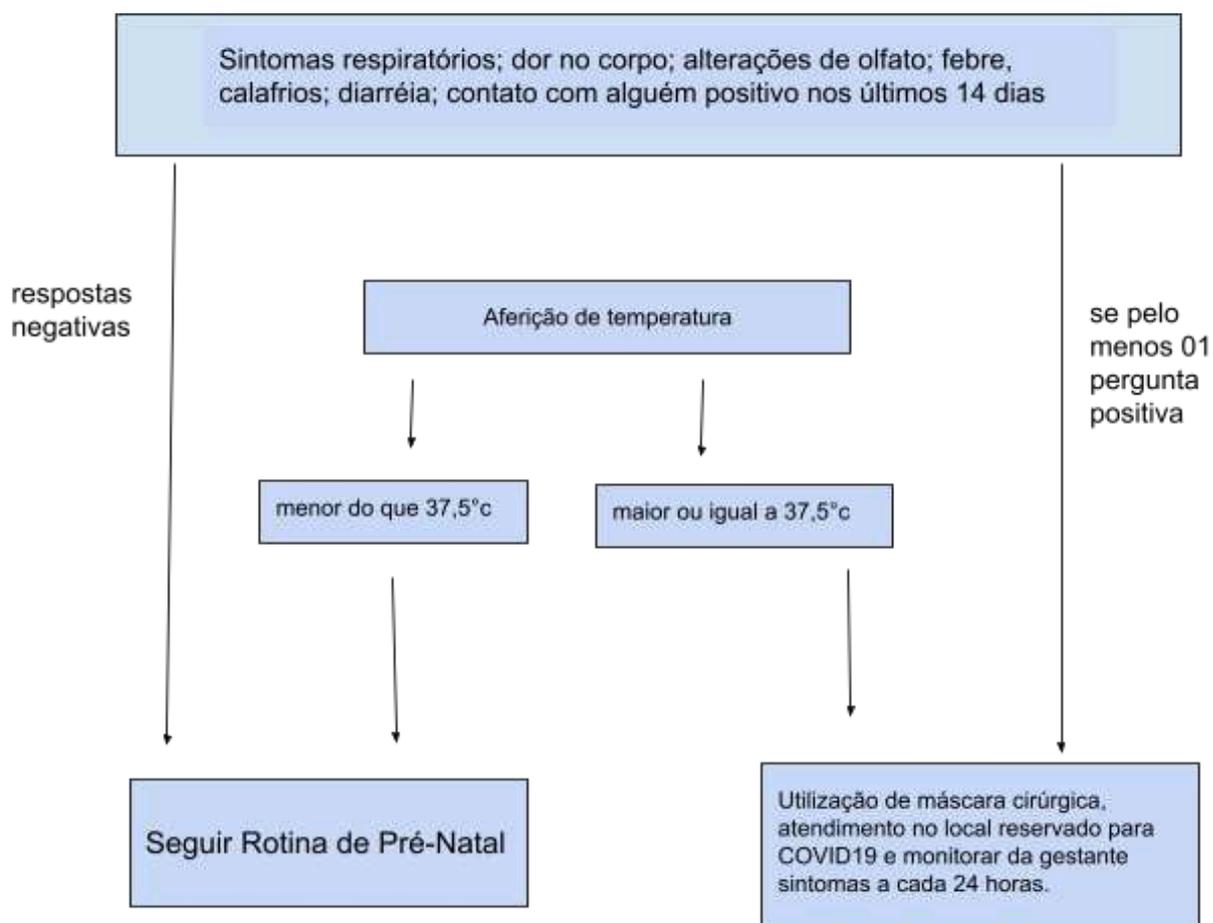
A literatura tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da covid-19 moderada e grave. As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica.

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 6 - 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 M - 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 TRs de HIV são exames diagnósticos, as amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 não necessitam de coleta de uma nova amostra para comprovação do diagnóstico. Ainda, nos casos de discordância diagnóstica (TR1 reagente e TR2 não reagente), deve-se repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.

A gestante deve ser referenciada para o **pré-natal HIV** via Gercon.

- O HIV também pode ser transmitido durante a amamentação;
- As gestantes e **suas parcerias sexuais**, devem realizar os testes para HIV, sífilis e hepatites durante o pré-natal e na internação nas maternidades;
- É orientado a testagem rápida para o HIV para todas as lactantes durante o período de lactação a cada 3 meses (sendo que a primeira deve ocorrer no primeiro mês pós-parto) mesmo com resultados prévios não reagentes para HIV durante o PN e no momento do parto;
- Recomenda-se testar suas parcerias sexuais.

Quando houver um episódio de risco maior como relação sexual desprotegida ou exposição a risco biológico, deve-se realizar o TR imediatamente e realizar profilaxias necessárias. A frequência da testagem pode aumentar em caso de vulnerabilidade.

Em caso de TR positivo deve-se:

- Suspender 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 lactante 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*, enzimaimunoensaio 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 n° 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 N - PARASIToses NA GESTAÇÃO

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo peso ao nascimento e no parto pré-termo.

O diagnóstico e o tratamento de pacientes com essas condições deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação.

Pacientes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças.

Não é recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas (como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo) devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais (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
Himenolepíase	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
Giardíase	Metronidazol	250mg, duas vezes por dia, por VO, durante sete dias

ANEXO O - PATOLOGIAS NA GESTAÇÃO

ALTERAÇÕES TIREOIDIANAS NA GESTAÇÃO

A gestação induz mudanças fisiológicas na função tireoidiana materna. Além disso a presença de autoimunidade tireoidiana ou de deficiência de iodo exacerbam essas alterações, podendo resultar em hipotireoidismo materno e/ou fetal e desta forma ocasionar complicações para as mães e o desenvolvimento dos fetos. Vários estudos têm demonstrado que filhos de mães com hipotireoidismo não tratado durante a gestação, podem apresentar comprometimento do desenvolvimento intelectual. Recomenda-se também que as mulheres com diagnóstico **prévio** de hipotireoidismo devem ser aconselhadas a estabilizar a sua doença antes da gestação e assim prevenir complicações. É comum o surgimento de desordens tireoidianas em mulheres na idade reprodutiva e durante a gestação. A frequência de hipotireoidismo na gestação varia em cada país, porém estima-se em torno de 0,3% a 25%. Nos países que não apresentam deficiência de iodo, a doença tireoidiana auto-imune é a principal causa de hipotireoidismo. A disfunção está relacionada a um grande número de complicações para a mãe e para o desenvolvimento dos fetos, sendo as mais frequentes a hipertensão gestacional e o baixo peso fetal.

A maior diminuição no TSH sérico é observada durante o primeiro trimestre e é transitória, aparentemente relacionada aos níveis de hCG, que são mais altos no início da gestação.

A triagem universal de gestantes assintomáticas para doenças da tireoide **não é recomendada**. O TSH deve ser solicitado para pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico prévio de disfunção tireoidiana.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento PNAR:

- 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 tireoídea 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 teleconsultoria, 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 4,5mU/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

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019)

ANEXO P - HIPERTENSÃO EM GESTANTES:

Classificação das formas de manifestação da hipertensão na gestação:

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 horas entre uma medida e outra).

Hipertensão Arterial Crônica:

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

Hipertensão Gestacional:

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

Pré-Eclâmpsia:

- Hipertensão arterial presente após a 20ª 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 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.

As principais indicações são:

- 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;
- **Carbonato de cálcio:** 02 (dois) comprimidos por dia de carbonato de cálcio (1250 mg por comprimido), o que equivale a um total de 1000 mg de cálcio elementar a partir da 16^o semana de gestação e continuar até a 36^a semana. Recomenda-se a administração antes de dormir ou pela manhã, sempre com a ingestão de algum alimento.

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 \geq 140 e/ou PAD \geq 90 mmHg em 02 medidas com intervalos de 4/4horas** entre uma medida e outra) **DEVEM SER ENCAMINHADAS** para a emergência da sua maternidade de referência para avaliação clínica obstétrica.

Se PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 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 PNAR 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 ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, neste caso, encaminhar à urgência da maternidade de referência.

HIPERTENSÃO GESTACIONAL:

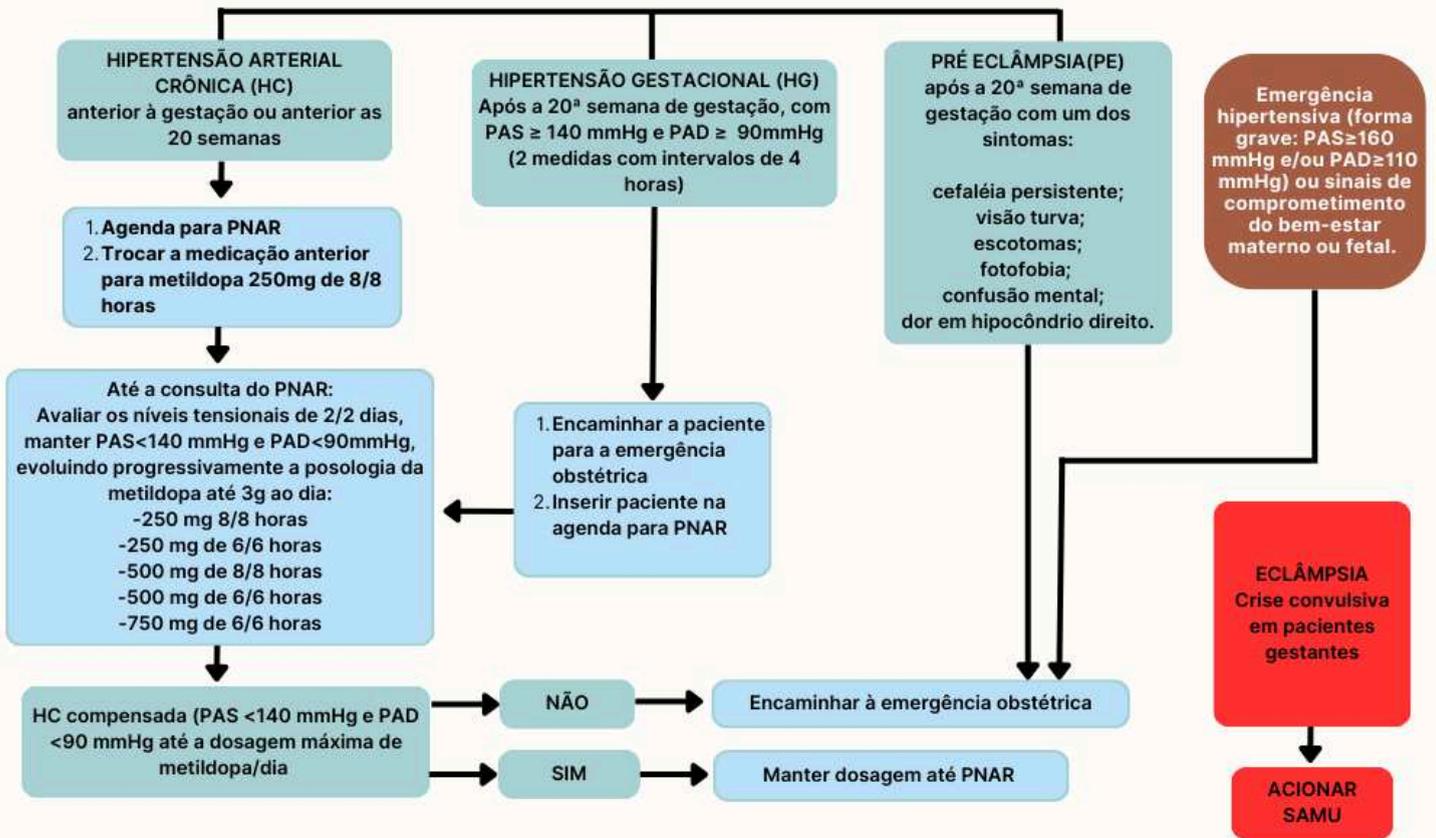
- Como hipertensão arterial na gestação, define-se a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (em 02 medidas com intervalos de 4/4horas entre uma medida e outra) sem proteinúria associada;
- Encaminhar a paciente para a emergência obstétrica se PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 após 2 medidas de preferência com 4 horas de intervalo ou se emergência hipertensiva (forma grave: PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 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) ≥ 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (em 02 medidas com intervalos de 4/4horas 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 (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

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 7 - Fluxo de Hipertensão na Gestação

HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO



ANEXO Q – 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 farmacias sob prescrição médica;

Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária. Em tais situações, o profissional de saúde deve encaminhar a gestante imediatamente para um hospital. Deve-se orientar o uso de bebidas geladas para a melhoria dos sintomas, assim como se deve evitar o uso de bebidas com gás e que contenham cafeína.

ANEXO R - PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

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

- 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.
- Todas as lactantes conforme nota técnica da testagem na amamentação.
- 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 :

- Acolhimento pela enfermagem
- Realização dos Testes rápidos ISTs
- 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 S - 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 trombotoprofilaxia. 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.

TROMBOTOPROFILAXIA 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 morfologicamente normais, acima de 10 semanas;
 - Um ou mais partos prematuros de neonatos morfologicamente 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).

Na presença de forte suspeita clínica, como nas situações relatadas acima, a pesquisa de trombofilias deve preferencialmente ser realizada no período antenatal.

As trombofilias consideradas de alto risco para TEV são: Síndrome Antifosfolípide, homozigose para Fator V Leiden, homozigose para Protrombina mutante (G20210A), deficiência de Antitrombina, e a presença de duas ou mais trombofilia.

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 T - GESTAÇÃO RESULTANTE DE ESTUPRO

Gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias):

- Configura situação de crime de estupro de vulnerável, a despeito de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e **mesmo** que a vítima já seja sexualmente ativa.
- É obrigatório para os serviços de saúde a notificação no SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar; (BRASIL, 2018, p. 27).
- Gestação resultante de estupro, a interrupção legal da gestação é um direito previsto em lei e deve ser ofertado pelos profissionais.
- A APS deve conhecer a rede de atendimento em violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível.

ANEXO U - 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 morfológicamente normais a partir da 10^a semana de gestação, um ou mais nascimentos prematuros de neonatos morfológicamente 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.