



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
ASSESSORIA TÉCNICA DE PLANEJAMENTO

GUIA DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

2018

2018

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Todos os direitos reservados à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Francisco Antônio Zancan Paz - Secretário

Departamento de Ações em Saúde

Elson Romeu Farias - Diretor

Rebel Zambrano Machado - Diretora Adjunta

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Rogério Sele da Silva

Assessoria Técnica de Planejamento

Aglaé Regina da Silva - Diretora

Organização

Aline Coletto Sortica

Gabriela Hartmann Cardozo

Gisleine Lima da Silva

Melissa de Azevedo

Nadiane Albuquerque Lemos

Jussara San Leon

Lara Yelena Werner Yamaguchi

Leticia Ratkiewicz Boeira

Luiza Campos Menezes

Luzia Michelon e Silva Pedroso Cardoso

Marina Gabriela Prado Silvestre

Maura Carolina Belomé da Silva

Michela Fauth Marczyk

Pamela da Silva Nunes

Rebel Zambrano Machado

Rosângela Machado Moreira

Vera Suzana Athayde Paz

Lisângela Franciscato Campo

Colaboração

Ana Luiza Tonietto Lovato

Annicele da Silva Andrade Gameiro

Bruna Vieira Oliveira

Carlos Antonio da Silva

Carol Cardoso Rodrigues

Elisiane Zorzi

Elson Romeu Farias

Fernanda Barbosa

Gabriela Dalenogare

Iuday Gonçalves Motta

Janilce Dorneles de Quadros

Capa e diagramação

Lorenzo Durval Castilhos

Walter Cristinan Bruck Mundstock

Revisão

TelessaúdeRS - UFRGS

R585g

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento.

Guia do pré-natal na atenção básica/ Aline Coletto Sortica, Gabriela Hartmann Cardozo, Gisleine Lima da Silva, Melissa de Azevedo, Nadiane Albuquerque Lemos (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018.

40p. Il.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidado Pré-natal. I. Sortica, Aline Coletto (org.) II. Cardozo, Gabriela Hartmann (org.) III. Silva, Gisleine Lima da (org.) IV. Azevedo, Melissa de (org.) V. Lemos, Nadiane Albuquerque (org.) VII. Título

NLM WY 157.3

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS/ESP/SES/RS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
1. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA	6
2. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL	7
3. O ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA ...	9
3.1 Pré-natal do parceiro	11
3.2 Vacinação	12
3.3 Solicitação de exames de rotina: Pré-natal na Atenção Básica	12
4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE	20
5 CONSULTA PUERPERAL	36
6 TELESSAÚDERS – UFRGS	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO	40

APRESENTAÇÃO

O Guia do Pré-natal na Atenção Básica compõe umas das estratégias da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) que insere-se na lógica de qualificação das Redes de Atenção à Saúde do RS.

A produção deste material envolveu diversas áreas e setores da SES/RS e contou com a colaboração externa de vários profissionais de saúde, entidades representativas e conselho profissionais, por intermédio de consulta pública aberta no ambiente virtual da SES/RS, realizado no mês de outubro de 2018. Além de todo o processo de produção coletiva, o Guia foi revisado decisivamente pela equipe do TelessaúdeRS/UFRGS.

As políticas públicas baseadas nas melhores evidências disponíveis, tendo como foco a melhoria da morbimortalidade da área materna e infantil.

A contribuição se dá na esfera da integralidade do sistema de saúde no qual as equipes das unidades básicas de saúde tem papel fundamental para um acesso avançado, qualificado e resolutivo.

Nesta perspectiva, a qualificação e a implementação da rede de serviços a partir da Atenção Primária à Saúde, passando pela Rede Materno-paterno-infantil e garantindo acesso ao atendimento de saúde às famílias, bebês, gestantes, com orientações e informações sobre planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva e redução da mortalidade materna.

Este Guia tem como principal função contribuir com a tomada de decisão das equipes de Atenção Básica, sendo um material não apenas teórico, mas que subsidie as práticas do cotidiano.

Elson Romeu Farias
Diretor do Departamento de Ações em Saúde

INTRODUÇÃO

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) tem como uma das suas prioridades o cuidado materno-paterno-infantil, e entre suas ações tem investido na organização das referências da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada com o intuito de promover a integralidade e a equidade no acesso das gestantes. Desde 2015, a SES-RS em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), tem desenvolvido o processo de Planificação da Atenção à Saúde com o objetivo de apoiar o corpo técnico e gerencial dos municípios na organização dos macroprocessos da atenção primária e ambulatorial especializada. A Planificação busca qualificar a rede, garantir o acesso, o acolhimento e vinculação de gestantes aos serviços de saúde, melhorando a resolutividade da atenção e com isso diminuindo a mortalidade materna e infantil. (1,2)

O Guia do Pré-natal na Atenção Básica, foi estruturado a partir das diretrizes da Nota Técnica 02/2018 - Atenção ao Pré-natal na Atenção Básica (AB) (CIB/RS 491/2018) e tem como objetivo subsidiar as equipes de AB na perspectiva da qualificação da assistência pré-natal, através de critérios para a estratificação de risco de gestantes e suporte para tomada de decisão clínica para gestações de risco habitual.

A AB é o ponto de atenção estratégico para acolher as necessidades de gestantes e sua parceria, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado referente à saúde sexual e reprodutiva. (4,5)

A atenção ao pré-natal na AB tem por objetivo acolher as gestantes precocemente, assegurando o bem estar materno, paterno e neonatal e favorecer a interação entre profissional, gestante e sua família, contribuindo para estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde. Deve considerar aspectos psicossociais de gestantes e contemplar, além do cuidado clínico, atividades educativas e preventivas, de forma a garantir o acesso equânime e livre de discriminação de raça, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual, cultural e de classe, possibilitando o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto negativo para a saúde materna e paterna. (4,5)

O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascimento e a qualidade da atenção pré-natal, reduz consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas (4,5).

As condutas clínicas para o acompanhamento do pré-natal de

risco habitual devem seguir as orientações do Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, sendo o objetivo deste documento complementá-los. (4,5,6) Este documento não inviabiliza a utilização de protocolos e fluxos estabelecidos a nível municipal, podendo ser adaptado a realidade local.

O documento está dividido nos seguintes seções:

1. Saúde sexual e saúde reprodutiva
2. Abordagem pré-concepcional
3. O acompanhamento da gestação na Atenção Básica
4. Estratificação de risco da gestante
5. Consulta puerperal
6. TelessaúdeRS - UFRGS

1. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

A AB deve estar preparada para abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos, utilizando-se de ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas de orientação para regulação da fecundidade. Também deve incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são assumidos predominantemente pelas mulheres. (5) Tais ações devem estar fundamentadas nos princípios da igualdade, equidade, e não-discriminação quanto à orientação sexual, expressão e identidade de gênero, religião e raça/cor.

Educação em saúde: A equipe multiprofissional deve orientar individual e/ou coletivamente pessoas em idade fértil, considerando os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade, respeitando a diversidade sexual e de gênero, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução. As orientações devem contemplar temas como direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais, papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento e riscos implicados nas práticas sexuais. (5)

Durante a adolescência (de 10 a 19 anos), com especial atenção para a faixa dos 10 aos 14 anos, a sexualidade e a reprodução devem ser tópicos prioritários nas ações de promoção de saúde. As orientações sobre estes temas, próprios do desenvolvimento, podem ser realizadas tanto em atendimentos individuais, quanto em atividades coletivas, pre-

ferencialmente em parceria com as escolas. (7,8,9) Para mais informações sobre os direitos sexuais e reprodutivos na adolescência, consultar Nota Técnica Estadual 01/2018 - Adolescentes e o direito de acesso à saúde. (9)

Preservativos femininos e masculinos: os preservativos femininos e masculinos e gel lubrificante devem ser disponibilizados em livre demanda e com fácil acesso para a população, sem restrições de quantidade e sem a dependência de identificação ou comprovação de idade. Nas consultas ou nas atividades coletivas, os preservativos também devem ser ofertados pela equipe de saúde, com ênfase na importância da dupla proteção, com a prevenção da gravidez e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As UBS também são responsáveis pela articulação das ações de prevenção no território, incluindo a distribuição desses insumos em locais públicos como casas noturnas, bares, escolas e outros.

Métodos anticoncepcionais: profissionais devem orientar sobre todos os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis, informando a eficácia de cada um, modo de uso, possíveis efeitos adversos e contraindicações. O método recomendado é o que melhor se adapta às necessidades do indivíduo, considerando fatores individuais e contexto de vida no momento da orientação. (5)

Anticoncepção de emergência (ACE): deve estar disponível em todas as UBS e serviços de saúde de atendimento 24 horas. Iniciar preferencialmente nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida, com limite de 5 dias. A oferta da ACE deve ocorrer sempre que necessário, com orientações sobre a recorrência de sua administração. Aproveitar a oportunidade para abordar e orientar sobre métodos de contracepção de uso continuado. (4,5) A não utilização de anticoncepção também sugere que não houve prevenção das IST/HIV/Aids, neste caso, deve-se orientar a utilização da **Profilaxia Pós-Exposição (PEP)** para prevenção do HIV e outras IST, com início em até 72 horas após a relação sexual desprotegida, cabendo a profissionais das equipes orientar sobre a rede de atendimento. (10)

2. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL

A abordagem de planejamento da gestação tem como objetivo identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução de uma futura gestação. Constitui um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. A aborda-

gem pré-concepcional deve contemplar: (4,5)

- Orientação nutricional de adequação ao índice de massa corporal em situações de baixo peso, sobrepeso e obesidade e estímulo a hábitos saudáveis (atividade física, cessação do tabagismo, de álcool e outras drogas, etc);
- Orientação quanto ao uso de medicamentos e adequação para aqueles com menor toxicidade para o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, visando aos riscos de exposição a tóxicos ambientais;
- Ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo (orientar para o registro sistemático das datas das menstruações; estimular para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos);
- Orientar suspensão de métodos anticoncepcionais em uso e avaliar as práticas sexuais (frequência de relações sexuais, prática de sexo vaginal com ejaculação, uso de lubrificantes e de duchas após a relação, etc);
- Administração preventiva de ácido fólico na dose de de 0,4 mg, via oral, 1 vez/dia. Pacientes com alto risco de desenvolver distúrbio de tubo neural (história de malformação em gestação anterior, história pessoal de distúrbio de tubo neural, uso de anticonvulsivantes como ácido valpróico e carbamazepina) devem usar dose de 4 mg/dia), por pelo menos 30 dias antes da concepção;
- Ofertar testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites B e C para a pessoa que deseja engravidar e parceria, além de exame de toxoplasmose e rubéola.
- Indicar a imunização prévia para a pessoa que deseja engravidar e parceria. Recomenda-se adiar a gestação por um período de 30 dias, no caso de administração de vacina de vírus vivos atenuados;
- Ofertar tratamento etiológico ou baseado na clínica, para ISTs, consultar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015 (11);
- Realização de citopatológico do colo uterino, se for necessário, de acordo com as Diretrizes Brasileiras Para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (28);
- Controle das condições clínicas preexistentes, como o diabetes, hipertensão arterial, epilepsia e HIV/Aids;
- Pessoas vivendo com HIV/Aids devem ser orientadas pela equipe dos serviços especializados em HIV/Aids sobre estratégias de redução da transmissão vertical do HIV, incluindo abordagem pré-concepcional,



orientações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. A parceria sexual deve tomar decisões conscientes sobre os benefícios e riscos relacionados às opções de concepção mais seguras. Para mais informações consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (12);

- Deve-se ter uma atenção especial aos casos onde há uso de álcool e de outras drogas. Profissionais das equipes devem estar conscientes das características únicas tanto psicológicas quanto sociais, éticas e legais destes comportamentos;
- Em situações de infertilidade, consultar o Protocolo de Encaminhamento para Infertilidade, para determinar se o casal necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do mesmo (13);
- Toda pessoa tem o direito de constituir família, independentemente de sua orientação sexual ou identidade gênero, nenhuma família pode ser submetida à discriminação com base nestes fatores. (14)

3. O ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A equipe da AB deve prestar cuidado integral e compartilhado com todos os profissionais da unidade, contemplando a proteção, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a escuta qualificada das necessidades no decorrer da gestação, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo. (4)

O início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, assim as equipes de saúde devem estar atentas ao território para a captação de gestantes preferencialmente até a 12ª semana de gestação. (4,5)

Minimamente, devem ser realizadas três consultas médicas (Médico de Família e Comunidade ou Generalista), três consultas de enfermagem e uma consulta odontológica. Profissionais de outras áreas, caso necessário, podem compor o acompanhamento das gestantes. (4)

As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais até 36ª semana e semanais até o parto. Não existe alta do pré-natal: o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal encerra-se após a realização de ao menos uma consulta de puerpério, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto, mas o seguimento poderá ser prolongado se forem



observados riscos no período puerperal. (4,5)

Independentemente da idade gestacional deve ser realizado o exame clínico das mamas durante o pré-natal e caso seja identificado alguma alteração suspeita para câncer de mama, deve ser oferecido exame de ultrassom e considerar a necessidade de mamografia (com proteção abdominal) e biópsia. O câncer de mama na gravidez é raro e não deve ser subestimado.

A busca ativa da gestante é uma estratégia fundamental, de atribuição comum aos profissionais da AB. (15) Nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais às gestantes. (4). Nos municípios onde a política Primeira Infância Melhor (PIM) estiver implantada, os visitantes devem contribuir nesta busca ativa. Além da busca ativa, o acompanhamento pelos visitantes do PIM pode ser indicado pelas equipes da AB, prioritariamente para gestantes em vulnerabilidade social e em gestação de alto risco.

A gestante deve ser estimulada a trazer um acompanhante de sua escolha para as consultas de pré-natal, sendo garantido este direito. Aproveitar a oportunidade para ofertar a realização dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C para parceria. (16)

A violência doméstica durante a gestação é um problema social que acarreta diversos agravos à saúde de gestantes e nascituros. Dentre as formas de violência, a mais prevalente é psicológica, seguida de violência física, verbal e sexual. É importante uma postura vigilante por parte dos profissionais da AB, que podem atuar positivamente a fim de evitar desfechos desfavoráveis à saúde biopsicossocial dos envolvidos. Dentre os sintomas e comportamentos apresentados, destacam-se o início tardio e a faltas às consultas de pré-natal e posterior frequência ao serviço, com apresentação de queixas diversas e, por vezes, hematomas decorrentes da violência física, infecção urinária frequente e sangramentos vaginais associados à violência sexual, além de mudança frequente de endereço. A equipe de saúde deve apresentar uma postura acolhedora, com disponibilidade de escuta e valorização da dimensão subjetiva e social de gestantes, com vistas à vinculação, ao diagnóstico e ao acompanhamento desses casos. (17)

É importante lembrar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento - durante sua evolução ou no trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reavaliação do risco a cada consulta, assim como, a avaliação e classificação de vulnerabilidade e risco social. No pré-natal é importante abordar questões



relacionadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto. (4,5)

As gestantes devem ter conhecimento de qual serviço é a sua referência para urgências/emergências obstétricas, bem como para o parto, evitando assim a peregrinação. A visita prévia à maternidade de referência deve ser sempre oferecida. (18)

Os serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos quando se faz necessário o cuidado adicional. Uma vez realizado o encaminhamento para acompanhamento em um serviço especializado, gestantes devem manter o vínculo com a equipe da AB, através de consultas e visitas domiciliares. A equipe da AB deve ser informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados por meio de contrarreferência (plano de cuidado compartilhado). O estabelecimento dessa comunicação entre os serviços é de suma importância, visto que, gestantes têm maior facilidade de acesso aos serviços de AB, até mesmo pela proximidade do seu domicílio. (4)

Todas as consultas, visitas, atividades educativas e outras ações devem ser registradas no e-SUS ou prontuário próprio com "*thrift*" para o SISAB.

3.1 Pré-natal do parceiro

O pré-natal do pai/parceiro é uma estratégia que visa a participação dos pais e melhoria do vínculo familiar. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) tem estimulado os municípios a implementarem a estratégia através da realização e registro de consultas e exames do pai/parceiro pelos serviços de saúde. (19)

Nesse sentido a participação do pai/parceiro tem relevância no pré-natal, puerpério e período de amamentação. Além de incentivar o homem ao cuidado com sua saúde, constitui-se uma ferramenta de prevenção e tratamento das IST. (16,19)

O pai/parceiro deve ter garantida a realização dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e C. Os testes rápidos com resultados reagentes devem ter seu encaminhamento e diagnóstico confirmado conforme orientações do **Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de risco habitual**. A solicitação de exames adicionais, deve considerar a avaliação clínica e as particularidades de cada indivíduo. (16)

3.2 Vacinação

A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de doenças que podem ser prevenidas. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção de gestantes, mas também a proteção do feto. A parceria, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina, bem como os demais membros da família como crianças, adolescente, outros adultos e idosos. (20)

A vacinação deve seguir as recomendações do Calendário de Vacinação vigente proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde e do Núcleo de Imunizações do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS). (20)

3.3 Solicitação de exames de rotina: Pré-natal na Atenção Básica

Os exames laboratoriais e de imagem realizados em tempo oportuno são fundamentais para complementar a avaliação e a anamnese e também são importantes para embasar a conduta profissional e a classificação de risco da gestação.

Cabe ressaltar que neste documento estão elencados os exames mínimos para garantir uma assistência pré-natal de qualidade, podendo ser agregados outros exames, conforme rotina municipal, como, por exemplo, o exame de estreptococos do tipo B, que pode ser ofertado entre a 35ª e 37ª semanas de gestação, visando a redução do riscos de infecção, para a gestante/puérpera e recém-nascido.

A solicitação de outros exames será realizada de acordo com a avaliação profissional e capacidade instalada do município. Os exames do pré-natal podem ser solicitados por profissionais da medicina e enfermagem que realizam o acompanhamento do pré-natal de gestantes e sua parceria, conforme protocolos assistenciais.

Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de risco habitual (21,12,22,3,23,24,25,26)

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
Hemoglobina (0202020304) e Hematócrito (0202020371)	1ª consulta e 3º trimestre	Normal: Hemoglobina > 11g/dl Anemia leve e moderada: Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl Anemia grave: Hemoglobina < 8 g/dl	Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Siro-Libanês de Ensino e Pesquisa). Anemia grave: encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina (0202020355)	1ª consulta	HbAA: Normal, sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigos e para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme.	Gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações sobre a condição genética pela equipe de AB. Gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco
Tipo sanguíneo (0202120023) e Fator Rh (0202120082)	1ª consulta	Tipo sanguíneo + fator Rh positivo: A(+), B(+), AB(+), O(+). Tipo sanguíneo + fator Rh negativo: A(-), B(-), AB(-), O(-).	Se o fator Rh for negativo, realizar exame de Coombs indireto. Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto (0202120090) Quando Rh negativo	1º trimestre e a partir da 24ª semana	Coombs indireto positivo: Gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: Gestante não sensibilizada.	Coombs indireto positivo: Referenciar ao alto risco Coombs indireto negativo: Repetir exame de 4/4 semanas; Imunoglobulina anti-D no pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilos, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
Glicemia em jejum (0202010473)	1ª consulta < de 24 semanas: realiza glicemia de jejum. 1ª consulta a partir de 24 semanas: realizar TOTG 75g imediatamente.	< 92 mg/dl: normal De 92 - 125 mg/dl Diabetes Mellitus gestacional. ≥ a 126 mg/dl – Diabetes Mellitus na gestação (prévia)	Normal: orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). Realizar TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas). Diabetes Mellitus gestacional: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2 h após as principais refeições. Diabetes na Gestação (prévia): encaminhar ao PN de alto risco Valores de referência: • Jejum: < que 95 mg/dL • 2 h após: < 120 mg/dL. Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2 semanas) ou associado à hipertensão crônica: encaminhar ao PN de alto risco (OPAS, 2016) Diabetes Mellitus prévia: encaminhar ao PN de alto risco.
Teste Oral de tolerância à glicose (TOTG) (0202010040) Em jejum, 1 e 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose anidro	Entre a 24ª e 28ª semanas Em locais onde os recursos não disponibilizam o exame de TOTG 75, para aquelas mulheres cujo primeiro exame era inferior a 92 mg/dL, repetir a glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas.	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: Jejum: ≥ 92 a 125 mg/dl; Após 1h: ≥ 180 mg/dl. Após 2 horas ≥ 153 mg/dl a 199 mg/dl. Diagnóstico de DM na gestação presença de qualquer um dos seguintes valores: Em jejum ≥ 126 mg/dl; Após 2 horas ≥ 200 mg/dl	No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária (dieta e atividade física) e referir ao alto risco as gestantes que não atingirem o controle glicêmico com medidas não farmacológicas. Manter mantendo o acompanhamento na UBS.

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
Urina tipo I (0202050017)	1ª consulta e 3º trimestre	<p>Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo.</p> <p>Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo.</p> <p>Proteinúria: alterado > 10 mg/dl.</p> <p>Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.</p>	<p>- Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não disponível a urocultura, tratar empiricamente.</p> <p>- Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica. SN, referir ao alto risco.</p> <p>Proteinúria:</p> <p>- Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>- Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: referir a emergência obstétrica.</p> <p>- Proteinúria maciça: referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>- Pielonefrite: referir imediatamente à maternidade.</p> <p>- ITU refratária ou de repetição: referir ao alto risco.</p>
Urocultura (0202080080) e Antibiograma (0202080013)	1ª consulta, 2 e 3º trimestre	<p>Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por/ml (UFC/ml).</p> <p>Urocultura positiva: > 100.000 UFC/ml.</p> <p>Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.</p>	- Tratar conforme antibiograma.
Teste rápido de proteinúria	Para gestantes com hipertensão na gravidez	<p>Ausência: < 10 mg/dl (valor normal).</p> <p>Traços: entre 10 e 30 mg/dl.</p> <p>(+): 30 mg/dl.</p> <p>(++): 40 a 100 mg/dl.</p> <p>(+++): 150 a 350 mg/dl.</p> <p>(++++): > 500 mg/dl.</p>	Presença de proteinúria (+) ou mais: deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
<p>Teste rápido (TR) para Sífilis¹ (0214010082)</p> <p>ou VDRL (0202031110)</p>	<p>1ª consulta e 3º trimestre (28ª semana)</p>	<p>TR ou VDRL não reagente: normal</p> <p>TR de Sífilis (teste treponêmico) ou VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação.</p> <p>*considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento quando registrados.</p>	<p>Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste.</p> <p>O VDRL deve ser solicitado imediatamente para iniciar o monitoramento e depois deve ser realizado mensalmente para monitoramento da resposta ao tratamento na gestante e trimestralmente para as parceiras sexuais, no primeiro ano.</p> <p>Avaliar e sempre tratar as parcerias. Avaliar estágio clínico da doença (Conforme PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015).</p> <p>Tratamento:</p> <p>Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até dois de duração): Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).</p> <p>Sífilis latente tardia (mais de dois ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.</p>
<p>Teste rápido (TR) para detecção de HIV² (0214010040)</p>	<p>1ª consulta e 3º trimestre</p>	<p>TR Não Reagente: Amostra Não Reagente para HIV.</p> <p>Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (marca diferente) TR1 e TR2 reagentes= Amostra Reagente para HIV.</p> <p>Discordante: TR 1 reagente, TR2 Não Reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.</p>	<p>Encaminhar para SAE de referência para início de Terapia Antirretroviral para a profilaxia da Transmissão Vertical e tratamento da infecção pelo HIV.</p> <p>Manter acompanhamento pré-natal na AB.</p>

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
<p>Teste rápido para Hepatite C³ (0214010090)</p> <p>Quando houver fatores de risco</p>	<p>De acordo com histórico de risco para exposição ao HCV</p>	<p>TR não reagente: normal</p> <p>TR reagente: contato prévio com o HCV.</p>	<p>Complementar o diagnóstico por meio teste molecular ou de antígeno.</p>
<p>Sorologia Hepatite B (HBsAg)⁴ (0202030970) ou TR Hepatite B (0214010104)</p>	<p>1^a consulta 3^o trimestre</p>	<p>HBsAg não reagente: normal.</p> <p>HBsAg reagente: suspeita de infecção por hep. B. Completar fluxo diagnóstico (ver O que fazer?)</p>	<p>HBsAg não reagente: e sem registro de vacinada hepatite B, devem iniciar ou completar o esquema vacinal em qualquer idade gestacional.</p> <p>HBsAg reagente: Solicitar HBV-DNA, HBeAg, TGO, TGP.</p> <p>HBV-DNA detectável: amostra reagente para HBV. Referenciar ao serviço de gastroenterologia ou infectologia</p> <p>HBV-DNA não detectável: HBV não detectável na amostra. Repetir fluxograma em 30 dias.</p>
<p>Toxoplasmose IgG e IgM⁵ (0202030768 e 0202030873)</p>	<p>1^a consulta, 2^o e 3^o trimestre</p>	<p>1. IgM não reagente e IgG reagente: Imunidade remota/gestante com infecção antiga ou toxoplasmose crônica</p> <p>2. IgM e IgG não reagente: Suscetível.</p> <p>3. IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção</p> <p>4. IgM reagente e IgG não reagente: infecção muito recente ou falso positivo</p> <p>Soroconversão: Gestante suscetível, que em sorologias subsequentes tem positividade de IgM ou ambos anticorpos (IgM e IgG)</p>	<p>1. Não é necessário repetir sorologia/ manter PN na AB</p> <p>2. Orientar medidas de prevenção/ repetir sorologia no próximo trimestre/Seguir PN na AB</p> <p>3. Iniciar tratamento / Notificar/ Encaminhar ao PN de Alto Risco/Solicitar Avidéz</p> <p>4. Iniciar tratamento/ Notificar/ Encaminhar ao PN de Alto Risco/solicitar sorologia em 3 semanas.</p> <p>Tratamento: Antes 18^a semana: Com espiramicina Após 18^a semana: esquema triplíce.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas de prevenção primária para todas as gestantes. • O PN de alto risco confirmará a infecção, no caso de descartar toxoplasmose gestante retorna para pré-natal de risco habitual

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
Parasitológico de fezes (0202040089)	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição de parasitos.	O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Gestantes com parasitoses intestinais só devem receber tratamento na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.
Ultrassonografia (USG) Obstétrica ⁶ (02050020143)	1 ^a trimestre (preferencialmente)	Definição de conduta, conforme resultado do exame. Apesar de não existirem evidências dos benefícios da USG de rotina nas gestantes de baixo risco, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. A datação da idade gestacional por ultrassonografia: Deverá sempre ser baseada na 1 ^a USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalcular durante a gravidez.	
Citopatológico cervico-vaginal ⁷	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres	A interpretação do resultado do exame citopatológico e condutas devem seguir as orientações dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016 e Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016).	

Notas do Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de risco habitual

¹O Teste Rápido de sífilis é um teste treponêmico e nos casos reagentes, um teste não treponêmico deve ser realizado (VDRL). (12)

²Os TR de HIV são exames diagnósticos, as amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2, não necessitam de coleta de uma nova amostra para comprovação do diagnóstico. (11,12)

³Não é recomendada a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal, devido ao baixo índice de detecção do agravo em gestantes e a ausência de imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C. A pesquisa do HCV está indicada em gestantes com fator de risco, como: infecção pelo HIV, uso de drogas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, hemodiálise, alteração de provas de função hepática sem outra causa clínica evidente e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico. Embora ainda não existam imunoprofilaxias ou intervenções medicamentosas que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C, o diagnóstico precoce permite seguimento e indicação de tratamento após a gestação, quando indicado, assim como seguimento da criança exposta. (11)

⁴O uso dos testes rápidos se constitui uma ferramenta importante no cenário epidemiológico brasileiro e está recomendada a utilização do TR em gestantes no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais e pelo Telessaúde/RS. A Coordenação Estadual de Hepatites Virais recomenda a utilização sorológica laboratorial para Hepatite B (HBsAg), devido a uma preocupação com possibilidade de falsos negativos para detecção de Hepatite B em gestantes, uma vez que neste caso, não seria realizada a imunoglobulina logo após o parto, deixando de prevenir infecção no recém-nascido. (26)

⁵Para a toxoplasmose, em razão da endemicidade apresentada no estado do Rio Grande do Sul, está indicado o rastreamento também no 2º trimestre de gestação para gestantes suscetíveis (IgG e IgM não reagentes). (4,25)

⁶A ecografia obstétrica é uma ferramenta importante na avaliação da datação gestacional, com maior precisão quando solicitada no primeiro trimestre (até 12 semanas). Ecografias obstétricas realizadas entre 14 e 20 semanas são capazes de definir a IG com margem de erro de mais ou menos sete dias. (21)

⁷A coleta de material endocervical deve ser avaliada caso a caso, pesando riscos e benefícios. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ter acompanhamento de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Já nos casos com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame. (4)

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A Estratificação de Risco está de acordo com o protocolo de encaminhamento para Obstetrícia, do Telessaúde (2016), Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2013) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016). (3,4,5)

A estratificação de risco a cada consulta é um processo dinâmico de identificação de gestantes que necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência de gestantes para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, devendo manter o vínculo com a atenção primária, retornando para esta, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. (3)

Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos de encaminhamentos. Todas as informações consideradas relevantes devem ser observadas e nos casos de dúvidas consultar o Telessaúde/RS- UFRGS. (3)

Gestantes com acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave ou comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas. As condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesse documento. Entretanto, ressalta-se que muitas outras condições, não estão descritas, sendo de responsabilidade da equipe o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme avaliação e necessidade. (3)

Gestantes com estratificação de alto risco devem manter o acompanhamento regular na UBS, uma vez que a equipe de saúde da AB é a coordenadora e responsável do seu cuidado longitudinal; sendo o cuidado compartilhado com o serviço de alto risco. (3,4)

Apresentamos a estratificação de risco no quadro 2, utilizando as cores azul, verde (estima-se que 85% das gestantes estejam nestas



categorias), amarelo, laranja e vermelho. As cores são utilizadas para definir o nível de atenção onde o pré-natal será realizado.

Azul: gestantes sem fatores de risco identificado no momento, devem realizar o pré-natal na AB e ter o risco reavaliado em todas as consultas.

Verde: gestantes com fatores de risco, mas que não necessitam de encaminhamento ao alto risco, devem receber atendimento pelo pré-natal de risco habitual na AB. O risco deve ser reavaliado em todas as consultas.

Amarelo: gestantes que **não** necessitam do pré-natal de alto risco, mas necessitam de acompanhamento em outros pontos da rede, devido a necessidades clínicas específicas. O alto risco, nestes casos, só será indicado se houverem outros critérios de risco que o indiquem.

Laranja: Gestantes que apresentem fatores de risco que necessitam encaminhamento para o **pré-natal de alto risco** (estima-se que 15% das gestantes estejam nesta categoria). O encaminhamento será via regulação, conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual, em ambulatório especializado (nível secundário ou terciário). O vínculo entre a AB e gestante deve ser mantido durante o pré-natal de alto risco.

Vermelho: está relacionada a fatores de risco que demandam **encaminhamento imediato para emergência ginecológico-obstétrico**. Após estabilização, quando houver a alta hospitalar, a AB deve priorizar o atendimento, fazendo assim a avaliação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.

Quadro 2. Estratificação de risco de gestantes (4,5,11,27,3,8,22,17,9)

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
	PN risco habitual na AB	<p>Gestantes sem fator de risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; • Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; • Situação conjugal insegura; • Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); • Condições ambientais desfavoráveis • Altura menor do que 1,45m; • IMC (índice de Massa Corporal) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade com IMC<40 Kg/m². 	<p>Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias); se configura situação de crime 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 do município. • Gestantes em vulnerabilidade social podem ser acompanhadas concomitantemente pelo Sistema Único de Assistência Social, referenciar ao CRAS ou CREAS da região. • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS	PN risco habitual na AB		

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
GESTÃO DECORRENTE DE ESTUPRO	Encaminhar atendimento em violência sexual	Gestação resultante de estupro	<p>Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): se configura situação de crime 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 do município (BRASIL, 2018, p. 27)</p> <p>• Na gestação resultante de estupro, a interrupção da gravidez até a 20ª semana (ou até a 22ª semana quando o feto pesar menos de 500g) é uma opção, com direito previsto em lei. A AB deve conhecer a rede de atendimento em violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível.</p> <p>Referências hospitalares para aborto previsto em lei no RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitário - Canoas; • Hospital Geral - Caxias do Sul; • Hospital de Clínicas - Porto Alegre; • Hospital M. Infantil Presidente Vargas - Porto Alegre; • Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre.
SITUAÇÃO OCUPACIONAL	PN risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none"> • Esforço físico excessivo; • Carga horária extensa; • Rotatividade de horário; • Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos; • Estresse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. • Orientar sobre direitos trabalhistas da gestante, que garantem a transferência de função quando a atividade normalmente prestada for prejudicial à gestação (laudo médico atestando, quando houver necessidade).

Continuação

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
HIPERTENSÃO EM GESTANTES	PN risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensão crônica: sem lesão de órgão-alvo, e sem risco adicional, e controlada com até um fármaco. 	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliar controle da pressão, complicações e risco adicional a cada consulta, através de anamnese, exame físico e exames complementares.
	PN de Alto Risco	<p>Hipertensão crônica: (diagnóstico prévio de hipertensão, ou diagnóstico anterior a 20ª semana gestacional) com:</p> <ul style="list-style-type: none"> lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou suspeita de hipertensão secundária; ou tabagismo; ou idade materna > 40 anos; ou diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação). <p>Hipertensão gestacional: diagnóstico após 20ª semana (após excludida suspeita de pré-eclâmpsia); ou</p> <ul style="list-style-type: none"> diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação). 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.

Continuação

Continuação			
Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
HIPERTENSÃO EM GESTANTES	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica	<p>Crise hipertensiva (PA sistólica \geq 160 mmHg ou PA diastólica \geq 110 mmHg)</p> <p>Suspeita de pré-eclâmpsia:</p> <p>Hipertensão arterial (PAS $>$ 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg) detectada após 20ª semana gestacional associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proteinúria (relação proteinúria/creatinúria $>$ 0,3 ou fita reagente $>$ 1+); e/ou • sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas): cefaleia persistente ou grave, anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia), dor abdominal ou epigástrica, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental. <p>Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica:</p> <p>Hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou - sinais e sintomas de pré-eclâmpsia <p>Eclâmpsia:</p> <p>Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.</p>	<p>Orientações para a AB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após alta hospitalar, a Atenção Básica deve priorizar o atendimento da gestante. • Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.
DIABETES EM GESTANTES	PN de risco habitual na AB	<p>Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):</p> <p>Controlado com medidas não farmacológicas</p>	<p>O controle glicêmico deve ser avaliado a cada 2 semanas com medidas diárias da glicemia capilar no jejum, antes e 2h após as principais refeições.</p> <p>Metas do controle glicêmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jejum $<$ que 95 mg/dl • 2h após: $<$ de 120 mg/dl

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
DIABETES EM GESTANTES	PN Alto Risco	<p>Diabetes mellitus (prévio):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os casos <p>Diabetes Mellitus Gestacional:</p> <p>Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios diagnósticos para DM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia de jejum no 1º trimestre, entre 92 -125 mg/dL; ou • glicemia avaliada pelo TOTG entre 24 e 28 semanas, com pelo menos um dos seguintes resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Jejum: ≥ 92 mg/dL; e/ou ○ Após 1 hora: ≥ 180 mg/dL; e ou ○ Após 2 horas: ≥ 153 mg/dL <p>Crítérios de DMG com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas, ou • gestante com hipertensão crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas, visitas domiciliares.
ANEMIAS EM GESTANTES	PN risco habitual na AB	<p>Anemia leve e moderada</p> <p>Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. • Tratar e orientar gestante conforme Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (3) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (4) • Remarcar consultas em intervalo menor.
	PN de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou • Hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou • Hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias); ou • Hemoglobina < 10 g/dl em pacts com cirurgia bariátrica prévia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
<p>ANEMIAS EM GESTANTES</p>	<p>Encaminhamento imediato emergência obstétrica</p>	<p>Anemia com sinais ou sintomas de gravidade: como dispneia, taquicardia, hipotensão, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após alta hospitalar, a AB deve priorizar o atendimento da gestante. • Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.
	<p>PN de risco habitual na AB</p>	<p>Hipotireoidismo: controlado com até 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina.</p>	<p>Controle com dosagem de TSH a cada 4 semanas na 1ª metade da gestação diminuindo a frequência quando alcançado o controle.</p> <p>Alvos de TSH na gestação: 1º trimestre 0,1 a 2,5 mU/L; 2º trimestre 0,2 a 3,0 mU/L; 3º trimestre 0,3 a 3,0 mU/L.</p>
<p>HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO</p>	<p>PN de Alto Risco</p>	<p>Diagnóstico de hipertireoidismo</p>	<p>Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco e endocrinologia.</p> <p>Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco e a endocrinologia.</p> <p>A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consulta se visitas domiciliares.</p>
	<p>PN de Alto Risco</p>	<p>Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina</p>	<p>Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco;</p> <p>Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco;</p> <p>A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.</p>

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
<p>HISTÓRIA DE ABORTAMENTO RECORRENTE</p>	<p>PN de Alto Risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Perda espontânea e consecutiva de 3 ou + gestações antes das 20ª sem. em mulheres com idade < 35 anos; ou ● Perda espontânea e consecutiva de 2 ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade > 35 anos; ● Presença de comorbidades que aumentam o risco de aborto espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípide, (considerar pelo menos um dos critérios clínicos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Trombose vascular: um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial. ○ Morbidade obstétrica: - Uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfologicamente normais a partir da 10ª semana de gestação. - Um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave. - Três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída. <ul style="list-style-type: none"> ● História prévia de incompetência istmo-cervical: - Dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo; ou - Suspeita atual de incompetência istmo-cervical (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio). 	<p>Continuação</p> <p>Orientações para a AB</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na AB, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas). ● Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco. ● Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. ● A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas, visitas domiciliares e Agente Comunitário de Saúde. ● Gestante com história prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical deve iniciar progesterona (progesterona micronizada via vaginal 100 a 200 mg/dia a partir da 16 semana de gestação) enquanto aguarda consulta em serviço especializado. ● Ligar para TelessaudeRS para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
HISTÓRIA DE ABORTAMENTO RECORRENTE	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).	<p>Após alta hospitalar, a Atenção Básica deve:</p> <p>Na manutenção da gestação: Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.</p> <p>Na confirmação do abortamento: Consulta pós abortamento, orientação sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos.</p>
HEPATITES VIRAIS	Referenciar para Gastroenterologia ou Infectologia	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatite viral crônica por vírus C; ou • Hepatite viral crônica por vírus B. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante com plano de cuidado, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o serviço de gastroenterologia ou infectologia. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao serviço de gastroenterologia ou infectologia. • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares
HIV/AIDS	PN risco habitual AB PN compartilhado com SAE	Gestante com HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar com plano de cuidado para Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) de referência regional e/ou municipal para manejo clínico do HIV/AIDS. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao SAE. • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
<p>CONDILOMA ACUMINADO/ VERRUGAS VIRAIS</p>	<p>Referenciar para Dermatologia</p>	<p>Gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal) / verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para a dermatologia; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve acesso ao serviço de dermatologia. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e, visitas domiciliares.
	<p>PN de Alto Risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gestante com condiloma acuminado (verruca viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); ou Gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco. Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve acesso ao pré-natal de alto risco. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
<p>SÍFILIS EM GESTANTE</p>	<p>Pré-natal de risco habitual na Ab</p>	<p>Sífilis em gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratar e orientar gestante e parceira(s) (fundamental para evitar reinfeção) conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2018). Monitorar VDRL mensalmente. Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
	<p>PN de Alto Risco ou Medicina Fetal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina); ou Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; A UBS deve manter o vínculo através de consultas e visitas domiciliares.

Situat3o		Orienta3es para a AB		Continua3o
SIFILIS EM GESTANTE	Encaminhamento imediato emerg4ncia obst4trica	Fatores de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes com sifilis e alergias 3 penicilina (para dessensibiliza3o); ou • Gestantes com suspeita de neurosifilis por sinais ou sintomas neurol3gicos ou oftalmol3gicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ap3s alta hospitalar, a Aten3o B3sica deve priorizar o atendimento. • Reavaliar a estratifica3o de risco e encaminhamento para o pr4-natal de alto risco, se for necess3rio.
			<p>Suspeita ou diagn3stico de toxoplasmose gestacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regula3o (conforme fluxo estabelecido a nvel municipal ou estadual) para o pr4-natal de alto risco; • Verificar junto a regula3o e/ou gestante se houve o acesso ao pr4-natal de alto risco; • A UBS deve manter o v4nculo, atrav4s de consultas e visitas domiciliares.
TOXOPLASMOSE	Encaminhamento imediato para emerg4ncia obst4trica	PN Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou • Pacientes com suspeita de toxoplasmose com les3o de 3rgo alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ap3s alta hospitalar, referenciar gestante via regula3o (conforme fluxo estabelecido a nvel municipal ou estadual) para o pr4-natal de alto risco; • Verificar junto a regula3o e/ou gestante se houve o acesso ao pr4-natal de alto risco; • A UBS deve manter o v4nculo, atrav4s de consultas e visitas domiciliares.

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
<p>ALTERAÇÕES ECOGRÁFICAS NA GESTAÇÃO</p>	<p>Pré-natal de Alto Risco</p>	<p>Alterações no Líquido Amniótico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oligodrâmnio (ILA menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsa < 2 cm); ou - polidrâmnio consequente à anomalia fetal; polidrâmnio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsa > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica. <p>Alterações Placentárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - placenta prévia oclusiva total, independentemente da idade gestacional; ou - placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou - acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); ou - inserção velamentosa do cordão. <p>Alterações fetais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional). 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. • A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
	<p>Referenciar para Obstetria/ Medicina Fetal</p>	<p>Fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais, como: fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningocele/espinha bífida, higroma cístico, onfalocelo, gastrosquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).</p>	

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB	Continuação
	PN de risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none"> • Ganho ponderal inadequado; • Infecção urinária; 	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. • Tratar e orientar conforme Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (3) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (4) • Remarcar consulta em intervalo menor. 	
FATORES RELACIONADOS A GESTAÇÃO ATUAL	PN de Alto Risco	<p>Condições fetais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemelaridade; ou • suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível. <p>Condições maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou • Pneumopatias graves; ou • Nefropatias graves (como doença renal crônica, como glomerulonefrite); ou • Doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); ou • Doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); ou • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípico, outras colagenoses); ou • Deformidade esquelética materna grave; ou • Desnutrição ou obesidade mórbida; ou • Diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou • Suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou • Tromboembolismo venoso prévio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal; • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. • A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. • Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado. Ligar para TelessaúdeRS para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado. 	

Situação	Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB
<p>FATORES RELACIONADOS A GESTAÇÃO ATUAL</p>	<p>PN risco habitual AB</p> <p>Acompanhamento Rede S. Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos mentais graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar para a Rede de Saúde Mental (Psiquiatria, CAPS, NAAB, NASF, ou outros dispositivos da rede). • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso à Rede de Saúde Mental. • A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares
<p>ISOIMUNIZAÇÃO RH</p>	<p>PN de Alto Risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou • Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título; ou • Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; • A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIA DE RISCO EM GESTAÇÃO</p>	<p>Pré-natal de risco habitual na AB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo maior de 34 semanas ou malformado; • Macrossomia fetal; • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas • Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); • Cirurgia uterina anterior; • Três ou mais cesarianas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.

Situação		Estrato	Fatores de risco	Orientações para a AB	Continuação
CONDICÕES CLÍNICAS DE RISCO EM GESTAÇÃO PRÉVIA		PN risco habitual AB	<p>Gestantes com transtorno bipolar prévio ou com uso de álcool e outras drogas.</p> <p>Condições fetais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História de óbito fetal no 3º trimestre <p>Condições maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação); ou • Acretismo placentário em gestação anterior; ou • História de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou • Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar para a Rede de Saúde Mental (Psiquiatria, CAPS, NAAB, NASF, ou outros dispositivos da rede. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso à Rede de Saúde Mental; • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares. • Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal; • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares e. 	
		<p>Acompanhamento Rede S. Mental</p>			

5. CONSULTA PUERPERAL

A consulta puerperal deve ser garantida entre 7 a 10 dias após o parto e, se não houver o comparecimento na UBS deve-se realizar a busca ativa. Deve contemplar: avaliação de sintomas preditivos de infecções e hemorragias, dificuldades com aleitamento, cuidados com o recém-nascido, aspectos emocionais relacionados ao puerpério e planejamento sexual e/ou reprodutivo, bem como seguimento de condições clínicas identificadas durante a gestação. (4,5)

Como a transmissão vertical do HIV também pode ocorrer através do aleitamento, a consulta puerperal deve ser uma oportunidade para testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. A testagem rápida de HIV deve ser repetida sempre que houver exposição da lactante, além disso deve ser orientado sobre estratégias de prevenção combinada, como uso de preservativos, avaliada a necessidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no caso de uma exposição de risco em até 72h, entre outras. (4,5,11,10)

Os testes rápidos com resultados reagentes devem ter seu encaminhamento e diagnóstico confirmado conforme orientações do **Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de risco habitual.**

Preconiza-se que a consulta na UBS da criança recém-nascida ocorra entre o terceiro e o quinto dia de vida, devendo ser agendada antes da alta da maternidade, através do contato com a UBS de referência da puérpera. (4)

6 TELESSAÚDERS-UFRGS

O TelessaúdeRS - UFRGS é uma estratégia para qualificação da AB. As ações de teleconsultoria, teleducação e telediagnóstico são voltadas aos médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos e demais profissionais dos Núcleos de Apoio à APS/AB. As teleconsultorias, para esclarecimento de dúvidas sobre diagnósticos e tratamento, são respondidas em tempo real, de segunda à sexta-feira, das 08 às 17h30min., sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**. Os casos clínicos podem também ser discutidos via plataforma online. Mais informações no site: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>

REFERÊNCIAS

1. Secretaria da Saúde (RS). Informativo da Atenção Básica RS [Internet]. Porto Alegre; 2017 [acesso em 2018, jul 9]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201708/01153752-material-orientador-planificacao-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>.
2. Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite (RS). Resolução nº 206/17 - CIB/RS [Internet].; 2017 [acesso em 2018, set 27]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/05110251-cibr206-17.pdf>.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de encaminhamento para obstetrícia: pré-natal de alto risco. RegulaSUS. [Internet]. Porto Alegre; 2016 [acesso em 2018, mar 28]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetrícia_TSRS_20160324.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília; 2013 [acesso em 2018, mar 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf.
5. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Landerdahl MC, et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. Esc Anna Nery R Enferm. [Internet] 2007 março. [acesso em 2018 jun 10] 11(1): p. 105-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [Recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2018 out 10] 44p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. Nota Técnica 01/2018 Adolescentes e o direito de acesso à saúde. Porto Alegre, 2018[Internet]. [acesso em 2018 out 10] Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180914/26101408-5-nota-tecnica-0110set2018.pdf>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Controle e Prevenção das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 set 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2018 set 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 set 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
13. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de encaminhamento para Infertilidade. RegulaSUS [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS; 2017 [acesso 2018 out 18]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Infertilidade.pdf.
14. Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. [Internet]. Yogyakarta; 2006 [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017 [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
16. Herrmann A, Silva ML, Chakora ES, Lima DC. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.
17. Okada MM, Hoga LA, Borges AL, Albuquerque RS, Belli MA. Violência doméstica na gravidez. [Internet]. Acta Paulista de Enfermagem. 2015 junho; p. 270-274. [acesso em 2018 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0270.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Internet]. Brasília; 2011 [acesso em 2018 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#art8.
19. Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 236/2014. Instituir incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. Porto Alegre; 2014 [acesso 2018 set 16]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110114-1402422792-cibr236-14.pdf>.
20. Secretaria da Saúde (RS). Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Imunizações. Instrução normativa: Calendário nacional de imunizações, adaptação Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre; 2018 [acesso em 2018 out 20]. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201802/20152253-instrucao-normativa-calendario-nacional-de-imunizacoes-2018.pdf>.

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2018 mai 18. disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf.
22. Organização Pan-americana de Saúde. Ministério da Saúde (BR). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional no Brasil Brasília: OPAS; 2016.
23. Freitas F, Martins-Costa SH, Magalhães JÁ, Ramos JGL. Rotinas em Obstetrícia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Unidade Técnica das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis. Nota Técnica nº 21/2011/URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS. Recomendações para não realização de exame de rotina para rubéola em gestantes [Internet]. Brasília; 2011 [acesso em 2018 out 20]. Disponível em: http://epidemiologia.alfenas.mg.gov.br/news/arquivos/nota_ao_realizacao_exame_rubeola_gestante.pdf.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [Internet]. Brasília; 2018 [acesso em 2018 set 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2018 set 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>.
27. Leal MC et al. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet]. CCI/ENSP; 2012 [acesso em 2018 jul 25]. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf.
28. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer de colo do Útero. 2 ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.

ANEXO

PARA UMA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EFETIVA, ORIENTA-SE GARANTIR:

- Estrutura mínima para assistência pré natal do(a) médico(a) de família e comunidade/generalista e do(a) enfermeiro(a) para atender às reais necessidades das gestantes, mediante os conhecimentos técnico-científicos;
- Identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal, ainda no 1º trimestre da gravidez;
- Oferta do teste rápido de gravidez na unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, bem como fornecimento e preenchimento da Caderneta da Gestante;
- Realização de testagem rápida para HIV e sífilis;
- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto;
- Busca ativa das gestantes com dificuldades de adesão ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;

Equipamentos e instrumentais mínimos, devendo ser garantida a existência de:

- Mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada;
- Mesa de exame ginecológico;
- Escada de dois degraus;
- Foco de luz;
- Lençol e avental para gestante;
- Balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio clínico;
- Fita métrica flexível e inelástica;
- Espéculos e pinças de Cheron;
- Material para realização do exame citopatológico (lâmina, laminula, espátula de Ayre e fixador);
- Gaze, compressas, soro fisiológico;
- Sonar doppler (se possível);
- Gestograma ou disco obstétrico;
- Potes para coleta de exame de urina e realização de teste de gravidez;
- Luvas de procedimentos;
- Aparelho de hemoglicoteste (HGT);
- Suporte para esterilização dos materiais necessários.