PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE PELOTAS

# NOTA TÉCNICA Nº2
# PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2023

# NOTA TÉCNICA Nº 2 DE PRÉ-NATAL NA APS

## Equipe Versão 1/ 2020

**Prefeita de Pelotas**
Paula Schild Mascarenhas
**Secretária de Saúde**
Roberta Paganini Lauria Ribeiro
**Departamento de Planejamento**
Cairo Ezequiel Mayer
Raquel Viégas Elias
**Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva**
Luciana Nunes Soares
**Diretoria de Atenção Primária**
Cristina Vetromilla
**Coordenação Núcleo do Adulto**
Cristina Zimmer
**Coordenação Setor de Saúde da Mulher**
Adriane Calvetti de Medeiros

## Autoria

Luciana Nunes Soares -SMS
Adriane Calvetti de Medeiros -SMS

**Revisão e supervisão Técnica**

Ivani Ludtke Schellin–Enf. SMS
Charlise schwantzde Lima-DAP SMS
Carmen Regina Cardoso das Neves –DAP SMS
Camila Mulazzani Maria –3ª CRS –RS
Lilian Rubira–Enf. SMS
Denise Bermudez Enf. SMS
Marco Antonio Horta Lima -Enf. SMS
Cristina Pires Pereira –Gineco Obstetra SMS
Cristina Zimmer-SMS
Gisleine Lima e Silva –SES-RS

## Equipe Versão 2/ 2023

**Prefeita de Pelotas**
Paula Schild Mascarenhas

**Secretária de Saúde**
Roberta Paganini Lauria Ribeiro

**Departamento de planejamento**
Cairo Ezequiel Mayer
Raquel Viégas Elias

**Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC)**
Mariane Larroque

**Diretoria de Atenção Primária**
Luciana Nunes Soares

**Coordenação da Rede Materno Infantojuvenil**
Carmem R. S. Viegas

## Autoria

Adriane Calvetti de Medeiros - REMI/SMS
Caroline Vasconcellos Lopes - REMI/SMS
Carmem R. S. Viegas - REMI/SMS
Luciana Nunes Soares - DAP/ SMS

**Revisão e supervisão Técnica**

Camila Mulazzani Maria - 3ª CRS-RS
Sidnéia Tessmer Casarin - FEN/UFPEL
Alexandre Moch- Médico APS/SMS
Luana Thais Duarte Winkler - HE/UFPel/EBSERH
Iandora Krolow Timm Sclowitz - HU/HSFP/UCPel
Rita Reis- Imunização/VIPEP/SMS

# NOTA TÉCNICA Nº 2 DE PRÉ-NATAL NA APS

## SUMÁRIO


Prefácio ..... 6
Captação, inscrição e vinculação da gestante ao pré-natal ..... 7
Fluxo de acolhimento da gestante ..... 8
Atribuições comuns aos profissionais da APS no acompanhamento a Gestação e Puerpério ..... 9
Atribuições do(a) Enfermeiro(a) na assistência pré-natal ..... 10
Atribuições do(a) auxiliar ou técnico(a) de enfermagem na assistência pré-natal ..... 10
Atribuições do(a) Médico(a) na assistência pré-natal ..... 11
Atribuições do cirurgião-dentista na assistência pré-natal ..... 11
Atribuições do agente comunitário na assistência pré-natal ..... 12
Gestante vivendo em situação de rua ..... 13
Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde ..... 14
Abordagem pré concepcional e diagnóstico da gravidez ..... 15
Consulta de pré-natal ..... 17
Acompanhamento da gestação na Atenção Primária à Saúde ..... 18
Resumo rotina exames no pré-natal da gestante ..... 19
Protocolo exames da gestante ..... 20
Atividades de educação em saúde individual e coletiva - grupo de gestante/parentalidade ..... 21
Estratificação de risco gestacional ..... 22
Matriciamento do pré-natal de risco intermediário ..... 22
Critérios de encaminhamento para o pré-natal de alto risco ..... 23
Encaminhamentos à Urgência/Emergência Obstétrica ..... 25
Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica ..... 26
Suplementação de ferro e ácido fólico ..... 27
Anemias na gestação ..... 28
Fluxograma Anemia Gestacional ..... 29
Diabetes mellitus gestacional (DMG) ..... 30
Tratamento ..... 32
Guia do Episódio de Cuidado (DMG) ..... 33
Fluxograma Diabetes Gestacional ..... 44
Hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação ..... 35
Síndromes hipertensivas na gestação ..... 36
Síndromes hemorrágicas na gestação ..... 37
Imunização na gestação ..... 38
Vacinação contra covid-19 para gestantes e puérperas ..... 40
Cuidado puerperal ..... 41
Consulta puerperal ..... 42
Covid-19 assistência a gestante e puérperas ..... 44

# SUMÁRIO

Gestantes e Puérperas..... 45
Telessaúde..... 46
Orientações sobre amamentação..... 47
Previne Brasil – indicadores..... 48
Indicadores do Previne Brasil..... 49
Referências..... 52
Anexo 1 - Ganho de peso de acordo com o IMC materno Pré-Gestacional..... 54
Anexo 2 - Toxoplasmose na gestação..... 55
Anexo 3 - Tratamento de sífilis adquirida e sífilis em gestantes ..... 61

# LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| AAS | Ácido Acetilsalicílico |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BCFs | Batimentos Cardiofetais |
| CNS | Cartão Nacional do SUS |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DMG | Diabetes Mellitus Gestacional |
| DPP | Data Provável do Parto |
| DTN | Defeito de Tubo Neural |
| DUM | Data da Última Menstruação |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IG | Idade Gestacional |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| ISTs | Infecções Sexualmente Transmissível |
| MS | Ministério da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| PIM | Primeira Infância Melhor |
| PP | Placenta Prévia |
| REMI | Rede de Atenção à Saúde Materno Infantojuvenil |
| RN | Recém-Nascido |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

## PREFÁCIO

A Nota Técnica Nº 2 de Pré-Natal na APS, da Secretaria Municipal de Pelotas, é uma atualização da 1ª versão do documento editado em 2020. Esta reformulação é fruto do trabalho integrado entre a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantojuvenil - REMI/SMS e a Diretoria de Atenção Primária - DAP/SMS como autores, assim como a participação de colaboradores - profissionais da Atenção Primária à Saúde e dos revisores da Rede de Atenção à Saúde, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e docentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - FEN/UFPel.

O documento conta com orientações e recomendações que versam sobre a assistência ao pré-natal de risco habitual, as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, os fluxos de atendimento da gestante, a estratificação do risco gestacional, bem como os critérios para referenciar ao pré-natal de alto risco, entre outros.

O objetivo é que a Nota Técnica seja uma ferramenta no processo de trabalho dos profissionais de saúde para a qualificação das práticas e melhorias na assistência ao pré-natal, em consonância com as diretrizes da Linha de Cuidado à Saúde Materno Infantil.

## APRESENTAÇÃO

A Nota Técnica Nº 2 de Atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde (APS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pelotas, com foco nos processos integrados à Rede de Atenção à Saúde, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a Linha de Cuidado à Saúde Materno Infantil, tem como base as publicações:

- Caderno Atenção Básica ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013)*
- Guia de Atenção ao Pré-Natal da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS, 2018)*
- Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia do novo Coronavírus (COVID-19) (BRASIL, 2021)*
- Manual de gestação de alto risco (BRASIL, 2022)*

O presente documento reúne informações relevantes, pautadas em evidências e baseadas nos protocolos clínicos e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para orientar o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde no processo assistencial na Atenção Primária à Saúde no município de Pelotas.

## OBJETIVOS

O objetivo desta Nota Técnica Nº 2 é orientar os profissionais da APS para a assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, com a abordagem integral à saúde da mulher, desde a assistência ao pré-natal, intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, estratificação do risco gestacional e os critérios para referenciar ao pré-natal de alto risco.

*Descrição completa nas Referências.

## Captação, inscrição e vinculação da gestante ao pré-natal

A porta de entrada para a realização do pré-natal, às moradoras de Pelotas é a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da residência da gestante.

Toda mulher com história de atraso menstrual deverá ser orientada a realizar o teste de gravidez.

Aquelas com teste positivo deverão ser captadas para o pré-natal por meio de agendamento de consulta com médico ou enfermeiro.

As mulheres com teste de gravidez negativo também deverão ser agendadas, para orientações de saúde sexual e planejamento reprodutivo.

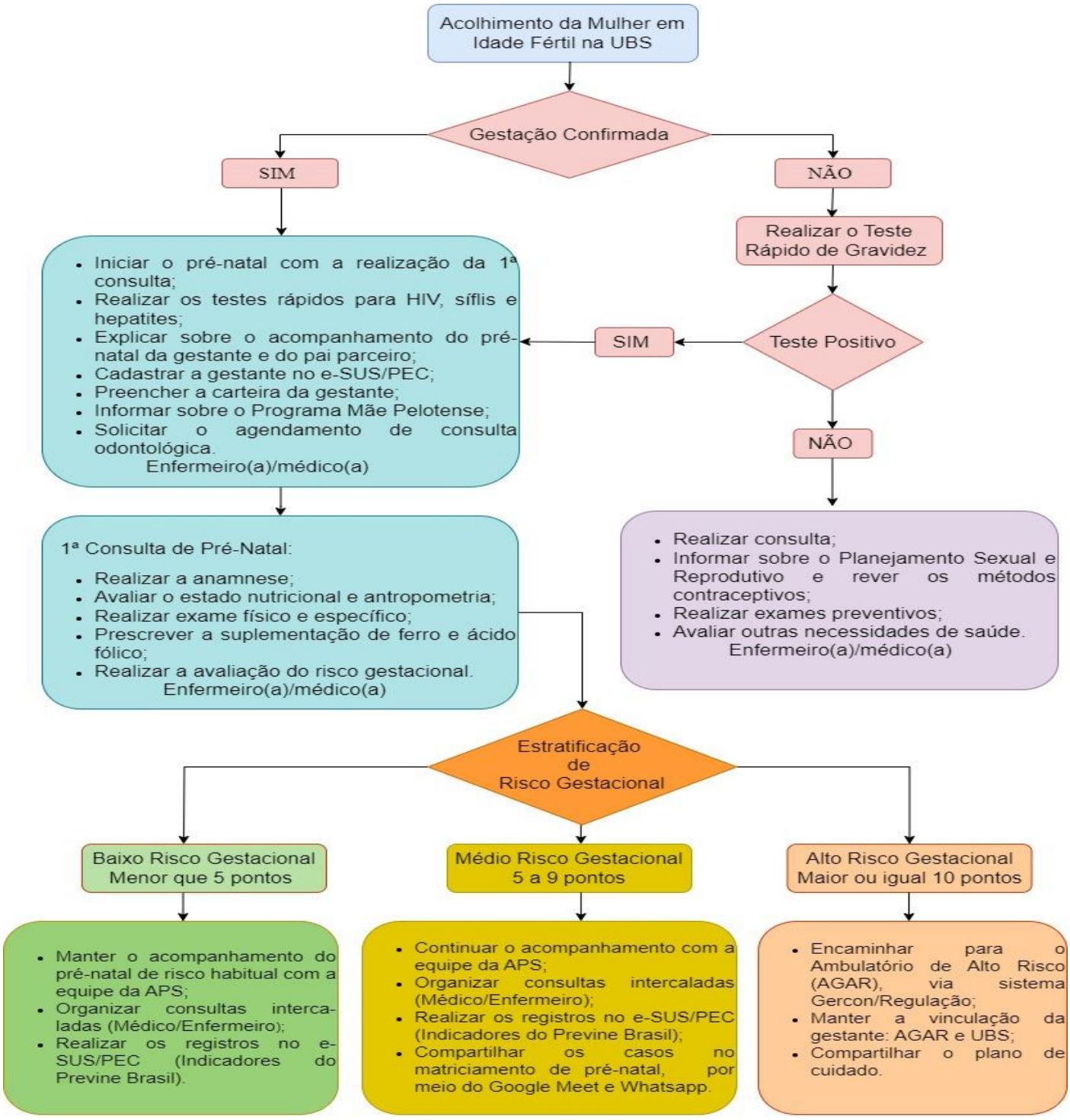
O registro dos atendimentos de pré-natal e puerpério precisa ser devidamente identificado com o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

A inscrição da gestante na assistência ao pré-natal deve ocorrer já na primeira consulta, respeitando as seguintes etapas:

- O profissional responsável pela realização da primeira consulta de pré-natal deverá certificar-se que a gestante está corretamente cadastrada no sistema de informação do e-SUS Atenção Primária à Saúde e Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC (e-SUS APS PEC);
- A gestante deve ter o número CNS e/ou do seu Cadastro de Pessoa Física (CPF) vinculado ao seu registro;
- Avaliação clínico-obstétrica e registro das informações no prontuário;
- Estratificação de risco e vinculação da gestante à UBS de referência;
- Solicitação dos exames complementares de rotina preconizados;
- Agendamento de retorno, conforme periodicidade das consultas;
- Orientações sobre o calendário de vacinas;
- Registro na carteira da gestante das informações obtidas na consulta;
- Orientações sobre a participação nas atividades educativas/grupos de gestantes;
- Encaminhamento para avaliação da saúde bucal.

Orientar a gestante a trazer a CARTEIRA DA GESTANTE em todos os atendimentos na rede de atenção à saúde.

Figura 1 - Fluxo de acolhimento da gestante



## Atribuições comuns aos profissionais da APS no acompanhamento à Gestação e Puerpério

- Registrar o atendimento no e-SUS APS PEC em todas as consultas realizadas à gestante e fornecer a Carteira da Gestante devidamente preenchida, a qual deve ser verificada e atualizada a cada consulta;

- Realizar durante todas as consultas de pré-natal a investigação do risco gestacional. Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada como:
    - Risco Habitual (RH) ou Baixo Risco (BR)
    - Risco Intermediário (RI)
    - Alto Risco (AR)

- A investigação do risco deve ser permanente, em todas as consultas de pré-natal. Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e encaminhada (se necessário), seguindo o fluxo (pág. 9) desta Nota Técnica;
- Mesmo quando a gestante for encaminhada para avaliação ou seguimento em um serviço de maior complexidade a UBS deverá continuar o seu acompanhamento.
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e da triagem Neonatal;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.

Constituem atribuições comuns de qualquer profissional da APS: captar a gestante, idealmente, até 12 semanas de gestação; participar de atividades educativas, orientar sobre a importância do pré-natal e cuidados no ciclo gravídico-puerperal; verificar a carteira de vacinação; estimular o autocuidado.

## Atribuições do(a) Enfermeiro(a) na assistência Pré-Natal

- Realizar a consulta de enfermagem de pré-natal de risco habitual intercalando com a consulta médica (uma consulta com o enfermeiro e outra com o médico);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs);
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das ISTs, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar e realizar a vacinação das gestantes;
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou classificadas como de alto risco, de acordo com a estratificação de risco gestacional (p.33).
- Realizar exame clínico das mamas e exame ginecológico (com coleta de citopatológico do colo do útero de acordo com o protocolo de rastreamento para câncer de colo de útero);
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupo;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade e violência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre a saúde sexual e o planejamento reprodutivo.
- Abordar, orientar e agendar consulta com o cirurgião-dentista;
- Manter contato com os profissionais do Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) para garantir cuidado compartilhado.

## Atribuições do(a) Auxiliar ou Técnico(a) de Enfermagem na assistência Pré-Natal

- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar as vacinas preconizadas na gestação;
- Participar das atividades educativas, individuais e em grupos;
- Informar imediatamente o(a) enfermeiro(a), ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso identifique a gestante com algum sinal de alarme como: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar entre outros.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento reprodutivo.
- Auxiliar a puérpera no processo de aleitamento, estimulando-a a manter o aleitamento materno exclusivo.

## Atribuições do(a) Médico(a) na assistência Pré-Natal

- Realizar a consulta médica de pré-natal de risco habitual intercalando com a consulta de enfermagem (uma consulta com o (a) enfermeiro(a) e outra com o (a) médico (a)).
- Solicitar exames complementares e prescrever o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes conforme calendário vacinal atual;
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme de risco clínico-obstétrico;
- Atender as intercorrências clínicas e obstétricas e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade, sinais de violência;
- Identificar as gestantes de alto risco em todas as consultas e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e exame ginecológico (com coleta de citopatológico do colo do útero conforme o protocolo de rastreamento);
- Realizar testes rápidos para ISTs;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento reprodutivo.
- Manter contato com os profissionais do Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) para garantir cuidado compartilhado.
- Participar do matriciamento (p.35) para compartilhamento de condutas as situações de gestantes estratificadas como Risco Intermediário

## Atribuições do cirurgião-dentista na assistência Pré-Natal

- Verificar o fornecimento da Carteira da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (a Carteira da Gestante deve ser verificada e atualizada a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização dos testes rápidos para ISTs;
- Orientar a vacinação das gestantes conforme calendário vacinal atual;
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o 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;
- Identificar os fatores de risco da gravidez;

## Atribuições do cirurgião-dentista na assistência Pré-Natal

- Atender as 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;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco odontológico e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Desenvolver atividades educativas preventivas dos problemas odontológicos em gestantes e em mulheres que pretendem engravidar;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas na consulta odontológica de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Realizar avaliação do frênulo lingual do recém-nascido e encaminhamento caso identifique que isso possa comprometer a amamentação exclusiva.
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.
- Realizar avaliação odontológica do parceiro, realizando o tratamento encaminhando-o quando houver necessidade.

## Atribuições do Agente Comunitário na assistência Pré-Natal

- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no e-SUS, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;

## Atribuições do Agente Comunitário na assistência Pré-Natal

- Encaminhar as gestantes com vacinas em atraso para o enfermeiro e/ou técnico em enfermagem;
- Informar imediatamente o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário (por exemplo: busca do parceiro para o pré-natal do parceiro e também sobre a busca ativa das gestantes e/ou parceiros que são identificados com VDRL + e que não completaram o tratamento);
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento reprodutivo.

## Gestante vivendo em situação de rua

As condições da vida na rua condicionam alguns determinantes de saúde. Desta forma, a mulher, principalmente em estado gestacional, é alvo de importantes estratégias de cuidado pela unidade de saúde e equipes do consultório na rua.

O acolhimento das mulheres que vivem em situação de rua em Pelotas deve ser realizado em qualquer UBS, independentemente do último registro de cadastro.

As moradoras de rua poderão ou não efetuar cadastro DEFINITIVO em uma unidade de atenção primária de sua escolha. Para isso, não será necessária a comprovação do endereço: se não possuir nenhum documento com foto disponível, abre-se um registro com o nome informado como nome social e cadastra-se com o endereço informado, independentemente da área de abrangência.

Comunicação ao conselho tutelar e diálogo mantido com a equipe da consultório de rua, com a REMI e rede das equidades.

A gestante vivendo em situação de rua deverá ter acesso ao pré-natal tanto pelas equipes das UBS quanto pelas equipes do Consultório na Rua.

## Guia do Pré-Natal do parceiro para profissionais de Saúde

### Estratégias Pré-Natal do parceiro

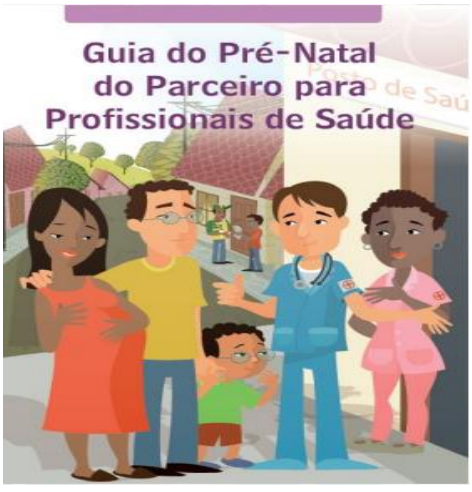
- Ofertar consulta com exames de rotina no pré-natal do parceiro;
- Envolver os homens no processo de planejamento reprodutivo, gestação e parto, puerpério e cuidados com o desenvolvimento da criança;
- Promover a saúde sexual, o autocuidado do homem, reduzir a morbimortalidade masculina, melhorar o vínculo entre mulheres, homens e filhos.

### Realização de exames do pai parceiro

- Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
- Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
- Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
- Hemograma;
- Lipidograma: Dosagem de Colesterol HDL; Dosagem de Colesterol LDL; Dosagem de Colesterol Total; Dosagem de Triglicerídeos;
- Dosagem de Glicose;
- Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
- Aferição de Pressão Arterial;
- Verificação de Peso e cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal).

Os exames do Pré-Natal do Parceiro serão solicitados na REQUISIÇÃO COMUM.

Engajar os homens no acompanhamento da gestação e do parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança possibilita a todos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis.



## Abordagem Pré-Concepcional e diagnóstico da gravidez

O planejamento da gestação tem como objetivo identificar os fatores de risco ou doenças que possam alterar e evolução de uma futura gestação. Constitui um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Conforme recomendações (SES/RS, 2018) , essa abordagem deverá constar:

- Orientação nutricional adequada ao índice de massa corporal (IMC) em situações de baixo peso, sobrepeso e obesidade e estímulo a hábitos saudáveis (atividade física, cessação do tabagismo, de álcool e outras drogas);
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e adequação para aqueles que têm menor toxicidade ao feto;
- Avaliação das condições de trabalho, visando os riscos de exposição a tóxicos ambientais;
- Orientação sobre o registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos;
- Suspensão de métodos anticoncepcionais em uso e avaliar as práticas sexuais (frequência das relações, prática de sexo vaginal com ejaculação, uso de lubrificantes e duchas);
- Administração preventiva de ácido fólico na dose de 0,4 mg, via oral, 1 vez ao dia. Pacientes com alto risco de desenvolver distúrbio de tubo neural (história de malformação em gestação anterior, história pessoal de distúrbio do tubo neural, uso de anticonvulsivante com ácido valpróico e carbamazepina) devem usar dose de 4 mg/dia) por pelo menos 30 dias antes da concepção;
- Testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites B e C da mulher e do parceiro, além do exame de toxoplasmose e rubéola;
- A abordagem pré-concepcional do parceiro também é importante, devendo-se ofertar a testagem para sífilis, hepatite B e HIV. Em caso de exposição de risco no período de até noventa dias antes desse teste, deve-se lembrar da possibilidade e janela imunológica, sendo necessário repetir o teste em trinta dias;
- Indicação de imunização prévia para a pessoa que deseja engravidar e seu parceiro sexual. Recomenda-se adiar a gestação por um período de 30 dias, no caso de administração de vacina de vírus vivos atenuados (exemplo:Tríplice viral);
- Tratamento etiológico ou baseado na clínica, para ISTs, conforme protocolo Clínico e Diretrizes;
- Realização de citopatológico do colo uterino, de acordo com as diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer de Colo de Útero;
- Controle das condições clínicas preexistentes, como Diabetes, Hipertensão Arterial, Epilepsia e HIV/AIDS;
- Em situações de infertilidade, encaminhar para o ambulatório de infertilidade, por meio do sistema GERCON;

- Pessoas vivendo com HIV/AIDS devem ser orientadas pela equipe dos serviços especializados em HIV/AIDS sobre estratégias de prevenção de transmissão vertical do HIV, incluindo abordagem pré-concepcional, orientações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. Para mais informações consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2022);
- Sífilis: nos casos positivos e/ou sintomáticos, realizar o tratamento para evitar a evolução da doença, agendar uma consulta com o parceiro sexual para que o mesmo seja abordado e tratado, fazer o acompanhamento de cura e orientar sobre os cuidados preventivos para reinfecção e sífilis congênita.

Na história familiar, devem ser avaliadas doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes;

Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos prematuros, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e malformações congênitas.

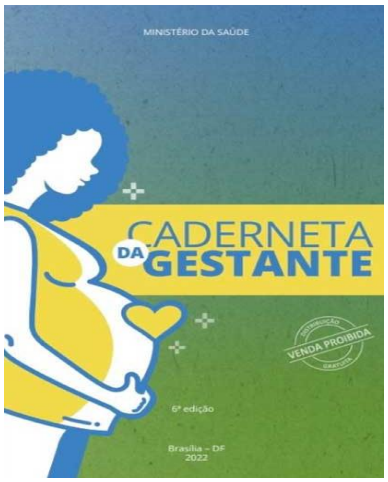
Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual há mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que consiste na dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (ßHCG). Esse teste é considerado o método mais sensível e confiável (BRASIL 2012).

O ßHCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes têm sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30 mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.

O ßHCG poderá ser solicitado
pelo **médico** ou pelo **enfermeiro**.

- Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico com a detecção dos BCFs e torna-se desnecessária a solicitação do ßHCG. Depois de 12 semanas o BETA pode ser negativo.
- As queixas principais preditivas de gestação são associadas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.

## Consulta de Pré-Natal




A Caderneta da Gestante é um instrumento importante de registro das informações de acompanhamento da gestação, deve ser parte essencial do processo de trabalho dos profissionais de saúde, sendo utilizada em todas as consultas do pré-natal.

- Explicar a rotina de acompanhamento pré-natal;
- Estimular a participação do(a) parceiro(a) durante as consultas;
- Preencher e entregar à mulher a Caderneta da Gestante;
- Solicitar os exames de sangue preconizados pelo MS, conforme protocolo;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar avaliação de risco gestacional;
- Verificar a situação vacinal da mulher.

**Entrevista – investigar:**

- Presença de sintomas e queixas;
- Planejamento reprodutivo;
- Rede familiar e social;
- Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais;
- Violência doméstica;
- Atividade física;
- História nutricional;
- Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro;
- Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas);

Regra de Naegele para DPP:
DUM: +7 no dia -3 no mês
Janeiro, Fevereiro e Março: manter o ano.
Restante dos meses: acrescentar 1 ano.

Verificar a Data Provável para o Parto (DPP)* a partir da DUM: Primeiro dia da última menstruação.

O início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico de alterações e para realização de intervenção necessária, portanto a captação das gestantes no território deve ser realizada preferencialmente até a 12° semana de gestação. A busca ativa de gestantes é uma estratégia e atribuição essencial das equipes de atenção primária, sendo que os ACS e/ou os visitadores do PIM devem realizar visita mensal às gestantes .

* Pode ser realizado uso de gestograma ou aplicativo de cálculo de DPP

## Acompanhamento da gestação na Atenção Primária à Saúde

Minimamente devem ser realizadas três consultas médicas (médico da ESF), **três consultas de enfermagem** (enfermeiro) **e uma consulta odontológica** (Guia).

Periodicidade das consultas:

- Até 28 semanas – consultas mensais
- De 29 a 36 semanas – consultas quinzenais
- Acima de 36 semanas – consultas semanais
- Consulta de Puerpério – até o 10º dia após o parto e 42 dias após o parto

Independentemente da idade gestacional deve ser realizado exame clínico de mamas em todas as consultas para rastreamento de câncer de mama.

A equipe deve estimular a gestante a trazer o parceiro na consulta, além de oferecer a realização de testes rápidos para ele, assim como a solicitação de outros exames conforme necessidade e protocolo de solicitação de exames (Pré-Natal do Parceiro).

Em todas as consultas os profissionais responsáveis devem avaliar e reavaliar o **risco gestacional** e encaminhar para o pré-natal de alto risco se necessário.

### Dados objetivos da consulta:

- Verificar medidas de Peso, altura e calcular o IMC (o e-SUS realiza o cálculo ao inserir o peso e altura);
- Aferir sinais vitais, principalmente a Pressão Arterial;
- Verificar medida de altura uterina;
- Verificar presença de edema;
- Realizar ausculta de BCFs se IG > 12 semanas (parâmetro 120 a 160 bpm);
- Realizar exame físico céfalo-caudal, incluindo a inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico e toque vaginal, conforme protocolo do MS.

### Exames:

- Realizar Teste Rápido de HIV e Sífilis e registrar os resultados no sistema (o teste pode ser realizado pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e dentista) pelo menos na primeira consulta e no 3º trimestre.
- Solicitar exames conforme protocolo.

### Queixas mais comuns na gestação:

- As orientações e condutas seguem as recomendações elencadas no Caderno Atenção Básica ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013, p.128). Link de acesso: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

## Resumo rotina exames no Pré-Natal da Gestante

| 1º TRIMESTRE | 2º TRIMESTRE | 3º TRIMESTRE |
|---|---|---|
| • Hemograma<br>• Eletroforese de Hemoglobina<br>• Tipo sanguíneo e fator RH<br>• Coombs indireto (RH negativo)<br>• Glicemia de Jejum<br>• EQU, urocultura e Antibiograma<br>• Teste rápido sífilis ou VDRL<br>• Teste rápido (TR) para detecção de HIV<br>• Teste rápido hepatite C<br>• Sorologia para Hepatite B1<br>• Toxoplasmose IgG e IgM<br>• Ultrassonografia2 | • TOTG com 75g (preferencialmente entre a 24ª e 28ª semana)<br>• Coombs indireto (RH negativo)<br>• Toxoplasmose IgG e IgM | • Hemograma<br>• Coombs indireto (RH negativo) 24 semana<br>• TSH<br>• EQU, urocultura e Antibiograma<br>• Teste rápido sífilis ou VDRL<br>• Teste rápido (TR) para detecção de HIV<br>• Teste rápido hepatite C<br>• Sorologia para Hepatite B<br>• Toxoplasmose IgG e IgM |

As gestantes poderão agendar os exames pelo Whatsapp:
- Check-Up (53) 98456 4458
- Novara (53) 3227 9100
- Sancti (53) 3307 3310

Para que a Gestante tenha prioridade para realização dos exames sempre solicitar na REQUISIÇÃO LARANJA, exclusiva para Pré-Natal.

**1 Não há indicação de realização de exame anti-HBs na população em geral.** A realização do anti-HBs deve ser de 30 a 60 dias após a última dose do esquema vacinal. Caso a dosagem do anti-HBS seja realizada fora deste período na população em geral e o resultado encontrado for <10 UI/ml, o paciente poderá ser não respondedor (suscetível) ou poderá estar protegido (não suscetível) e ter ocorrido uma queda do marcador. Em nenhum dos casos está indicada a revacinação.

2 Obs: O MS recomenda uma US Obstétrica entre a 11 e 14 semana. Anterior a esse período é Ultrasson transvaginal.

FONTE: Guia do pré-natal, SES-RS, 2018. Solicitação de exames de rotina : pré-natal na atenção básica, pág 13-18. https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf

## Quadro 1 - Protocolo exames da gestante

| Exame | Período | Interpretação | O que fazer? |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina e Hematócrito | 1° Consulta e 3° trimestre | Normal:<br>Hemoblogina maior que 11mg<br>Anemia Leve e Moderada: entre 8 e 11mg<br>**Anemia grave: menor que 8 mg** | Se anemia presente, tratar e acompanhar após 30 e 60 dias<br>Anemia grave – encaminhar para **Pré-Natal de Alto Risco** |
| Eletroforese de Hemoglobina | 1° Consulta | HbAA normal: sem doença falciforme<br>HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme – sem doença falciforme<br>HbAC: heterozigos e para hemoglobina C, sem doença falciforme<br>HbA, com variante qualquer: sem doença falciforme<br>**HbSS ou HbSC: doença falciforme** | Gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações sobre a condição genética<br>Gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao **Pré-Natal de Alto Risco** |
| Tipo Sanguíneo e Fator RH | 1° Consulta | Tipo sanguíneo com fator RH positivo: A(+), B (+), AB (+), O (+)<br>Tipo Sanguíneo com fator RH negativo: A(-), B (-), AB (-), O (-) | Se o Rh for negativo realizar exame de Combs indireto. Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do rh, realizar exame de Coombs indireto. |
| Coombs Indireto quando Rh negativo | 1° trimestre e a partir da 24° semana | Coombs Indreto positivo: Gestante sensibilidade<br>Coombs Indireto Negativo: Gestante não sensibilizada | Coombs indireto positivo: Referenciar para o **Pré-Natal de Alto Risco**<br>Coombs indireto negativo: Repetir exame de 4/4 semanas<br>Imunoglobulina anti-D no pós parto, se o RN for positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestão ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimento invasivos (biopsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se a mãe Rh (-) e pai Rh (+) |

## Atividades de educação em saúde individual e coletiva- Grupo de gestante/parentalidade

As ações educativas realizadas durante o pré-natal de risco habitual são importantes por permitir a construção de conhecimentos das gestantes, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva e integradora (LIMA MB,et al.,2021).

Com vistas a proporcionar acolhimento e apoio integral às gestantes e suas famílias, a oferta de ações educativas de forma individual e coletiva, partindo sempre da vivência/experiência e sentimentos da gestante, poderá ser abordada nas seguintes temáticas:

**1 Trimestre:**

Dialogar em relação ao desenvolvimento fetal e as mudanças físicas e psicológicas no corpo materno (sintomas);

**2 Trimestre:**

Trabalho de parto, parto e direitos da mulher (plano de parto);

**3 Trimestre:**

Amamentação e cuidados com o recém-nascido e a parentalidade.

Registros das UBS que realizaram grupos e encontros de gestantes em 2023!

## Estratificação de Risco Gestacional

A estratificação de risco gestacional tem como objetivo a vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança.

No município de Pelotas foi elaborado um Check list de para estratificação do risco gestacional, por especialistas dos ambulatórios de gravidez de alto risco, profissionais da atenção primária com critérios de pontuação e referenciamento de acordo com a pontuação, conforme o quadro a seguir:

| | | |
|---|---|---|
| ALTO RISCO | ≥ 10 pontos | Encaminhar ao pré-natal de Alto Risco e manter acompanhamento compartilhado na UBS |
| MÉDIO RISCO | 5 a 9 pontos | Acompanhamento compartilhado UBS e Matriciamento |
| Risco Habitual | < 5 pontos | Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde |

Gestantes com estratificação de risco intermediário ou alto risco **devem manter** o acompanhamento regular na UBS, uma vez que a **equipe de saúde da APS** é a coordenadora e responsável do seu cuidado longitudinal; sendo o **cuidado compartilhado com o serviço de alto risco**.

## Matriciamento do Pré-Natal de Risco intermediário

- Matriciamento ou apoio matricial é um modelo de produzir saúde, em que as equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção clínico-terapêutica;
- Essa proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família com profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas.
- As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas - HE/UFPel/EBSERH e HU/HSFP/UCPel pelo grupo de WhatsApp Matriciamento de pré-natal;

## Critérios de encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco

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

De acordo com o Guia do Pré-natal na Atenção Básica do Estado do Rio Grande de Sul (2018), a estratificação de risco pode ser realizada a partir da classificação por cores: Azul, Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf (p. 43).

### Estratificação de risco gestacional de Pelotas- Checklist

Figura 2 - Formulário estratificação de risco da gestante

Pelotas

FORMULÁRIO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

Nome da gestante: _____

_____

UBS: _____

Profissional responsável PN: _____

Data de Nascimento: _____

Idade Atual: _____

Escolaridade: _____

(DUM): _____ (DPP): _____

Histórico Reprodutivo: _____

G: _____ A: _____ P: _____

Intervalo interpartal: _____ N°Parto Vag.: _____

Peso pré-gestacional: _____

Peso Atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

CARACTERISTICAS INDIVIDUAIS E SOCIAIS

| | | |
|---|---|---|
| Idade < 15 anos | 1 | |
| Idade > 35 anos | 2 | |
| Analfabetismo/baixa escolaridade | 1 | |
| Tabagismo | 1 | |
| Dependência ou uso abusivo de alcool e outras drogas | 5 | |
| Situação familiar insegura | 1 | |
| Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado | 2 | |
| Sobrepeso (IMC 25 – 29,9 kg/m2) | 2 | |
| Obesidade (IMC > 30 kg/m2) | 5 | |
| Não aceitação da gravidez | 1 | |
| Altura < 1,45m | 1 | |

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

| | | |
|---|---|---|
| Abortamento habitual < 3 | 5 | |
| Abortos espontâneos ≥ 3 | 10 | |
| Natimorto/ Óbito fetal | 5 | |
| Malformação fetal | 5 | |
| Pré-eclampsia (leve e Grave) /Eclampsia | 5 | |
| Parto Prematuro (<36s) | 5 | |
| Trombose | 10 | |
| Mola hidatiforme (<12 meses) | 10 | |
| Cesárea recente (<12 meses) | 2 | |
| Restrição de crescimento | 5 | |
| Placenta previa/Acretismo | 5 | |
| Deslocamento de placenta | 5 | |
| Incompetência istmo cervical | 10 | |
| Transtornos mentais graves na gestação anterior | 5 | |

| Descrever Observações |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS/ GINECOLOGICAS ATUAIS

| | | |
|---|---|---|
| DMG controlado com medidas não farmacológicas | 5 | |
| DMG difícil controle/ Insulinodependente | 10 | |
| Sangramento vaginal 1º trimestre | 5 | |
| Pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional | 10 | |
| Gestação decorrente de Fertilização *In Vitro* | 10 | |
| Gestação decorrente de estupro | 10 | |
| Polidramnio/Oligodramnio | 10 | |
| Obstrução da via de parto condilomas/ má formação) | 10 | |
| Placenta prévia s/ sangramento | 5 | |
| Placenta prévia c/ sangramento | 10 | |
| Acretismo placentário | 10 | |
| Incompetência istmo cervical/TPP | 10 | |
| Crescimento intratero restrito (percentil abaixo de 10) | 10 | |
| Malformação fetal (Inserção velamentosa do cordão) | 10 | |
| Gravidez multipla | 10 | |
| Isoimunização | 10 | |
| Gestação +DIU | 10 | |

Fonte: Secretaria Municipal de Pelotas. Rede Materno Infantojuvenil, 2022.

## Critérios de encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco

### Estratificação de risco gestacional - Checklist

Figura 3 - Formulário estratificação de risco da gestante

PATOLOGIAS CLÍNICAS E CIRURGICAS MATERNAS ATUAIS/CRÔNICAS COM IMPACTO GESTACIONAL

| | | |
|---|---|---|
| Doenças neurológicas/AVC/Epilepsia em uso de anticolvulsivante | 10 | |
| Pós-COVID | 5 | |
| Cardiopatias | 10 | |
| Diabetes mellitus prévio | 10 | |
| HAS previa tratada/controlada | 5 | |
| HAS prévia descompensada/ em uso de 2 ou + fármacos ou lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); | 10 | |
| Câncer materno em tto atual | 10 | |
| Toxoplasmose com diagnóstico na gestação | 10 | |
| Hepatite B e/ou C | 10 | |
| Sífilis resistente/sinais de sífilis congênita | 10 | |
| Infecção pelo HIV | 10 | |
| Doenças autoimune/ hematológica (Lúpus/Esclerose múltipla/Púrpura) | 10 | |
| Pneumopatias graves (Asma/DPOC) | 10 | |
| Tuberculose Ativa/Hanseníase | 10 | |
| Alterações genéticas maternas | 10 | |
| Doença renal grave | 10 | |
| Cirurgia bariátrica prévia | 10 | |
| Trombofilia/trombose | 10 | |

CONTINUAÇÃO...
PATOLOGIAS CLÍNICAS E CIRURGICAS MATERNAS ATUAIS/CRÔNICAS COM IMPACTO GESTACIONAL

| | | |
|---|---|---|
| Hipotireoidismo subclínico/ diagnóstico gestacional (Puran <2,5mcg/Kg) | 5 | |
| Hipertireoidismo | 10 | |
| Doenças Psiquiátricas tratada/ controlada | 5 | |
| Psicopatias graves de dificil controle | 10 | |
| Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título | 10 | |
| Anemia grave (Hb<8) / anemia falciforme | 10 | |
| Infecção urinária de repetição ≥ 3/ pielonefrite | 10 | |
| Uso de drogas teratogênicas nessa gestação | 10 | |

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

| | | |
|---|---|---|
| ALTO RISCO | ≥ 10 pontos | Encaminhar ao pré-natal de Alto Risco e manter acompanhamento compartilhado na UBS |
| MÉDIO RISCO | 5 a 9 pontos | Acompanhamento compartilhado UBS e Matriciamento |
| Risco Habitual | < 5 pontos | Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde |

| Data | Pontuação da estratificação | Assinatura e carimbo do profissional |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
Estado de Santa Catarina. Instrumento de estratificação de risco gestacional. Florianópolis,SC, 2ª edição: 2022.
Estado do Piauí. Classificação de risco da gestante-Atenção Básica. Disponivel em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/1761/FICHA-DE-CLASSIFICACAO-DE-RISCO-DA-GESTANTE-n01.pdf
Estado do Maranhão. Formulário Estratificação de risco da gestante. Disponivel em: https://www.saude.ma.gov.br/docsmm/downloads/estratificacao-risco-gestante.pdf
Estado do Rio Grande so Sul. Guia do pré-nata lna atenção básica, Estratificação de risco de gestantes. Porto Alegre: Secretaria do Estado da saúde, 2018.

A estratificação de risco gestacional é um processo dinâmico e deverá ser aplicada em todas as consultas de pré-natal.

## Critérios de encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco

As gestantes que preenchem os critérios de gravidade, ou seja 10 ponto ou mais na estratificação de risco, devem ser necessariamente referenciadas ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) via gercon, **devendo manter o vínculo com a APS**.

## Encaminhamentos à Urgência/Emergência Obstétrica

A Linha de Cuidado à Saúde Materna, no atendimento às Urgências/Emergências Obstétricas, está organizada da seguinte maneira:

**Pronto Socorro Municipal de Pelotas**
Idade Gestacional até 24ª semanas e puérperas.

**Maternidade do HE/UFPel/EBSERH**
Idade Gestacional acima de 20ª semanas.

**Pronto Atendimento do HUSFP/UCPel**
Idade Gestacional acima de 24ª semanas.

## Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

• Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;

• Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria;

• Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;

• Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);

• Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;

• Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);

• Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma;.

• Crise hipertensiva (PA > 160/110);

• Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;

• Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);

• IG a partir de 41 semanas confirmadas;

• Hipertermia (tax ≥ 37,8 ºC), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;

• Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;

• Investigação de prurido gestacional/icterícia;

• Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;

• Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;

• Restrição de crescimento intrauterino;

• Oligodrâmnio;

• Óbito fetal.

## Suplementação de Ferro e Ácido Fólico

O esquema de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico está apresentado a seguir:

**Quadro 2 - Esquema de suplementação de micronutrientes**

| | | |
|---|---|---|
| **Gestantes** | **40 mg** de ferro elementar | Diariamente após a confirmação da gravidez até o final da gestação. |
| | **0,4 mg** de ácido fólico | Diariamente pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar até a 12° semana de gestação. |
| **Mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto** | **40 mg** de ferro elementar | Diariamente até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto. |

- As gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico para a prevenção de DTN. A recomendação de ingestão é de 0,4mg de ácido fólico, todos os dias. Essa quantidade deve ser consumida pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até a 12ª semana da gestação;
- Com o objetivo de repor as reservas corporais maternas, todas as mulheres até o terceiro mês pós-parto devem ser suplementadas apenas com ferro (40 mg ferro elementar/dia até o terceiro mês pós-parto);
- A suplementação com ferro também é recomendada nos casos de abortos (40 mg ferro elementar/ dia até o terceiro mês pós-aborto);
- Casos de anemia já diagnosticados: o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável;
- Apesar de normalmente ser o medicamento de escolha, o sulfato ferroso possui como limitantes as intercorrências gastrointestinais (vômitos, diarreia, constipação intestinal, fezes escuras e cólicas). As gestantes devem ser orientadas quanto aos possíveis efeitos e à necessidade de se manter a suplementação até o final do esquema.

Fonte: BRASIL. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes. Ministério da Saúde, 2022, p. 22 e 24.

## Anemias na gestação

De acordo com o Manual de gestação de alto risco - Edição 2022, considera-se anemia a dosagem de hemoglobina (Hb) com valores inferiores a 11,0 g/dL e hematócrito (Htc) abaixo de 33% no primeiro e terceiro trimestres; e Hb inferior a 10,5 g/dL e Htc abaixo de 32% no segundo trimestre. Do ponto de vista prático, pode-se considerar anemia materna níveis de hemoglobina inferiores a 11,0g/dL em qualquer idade gestacional.

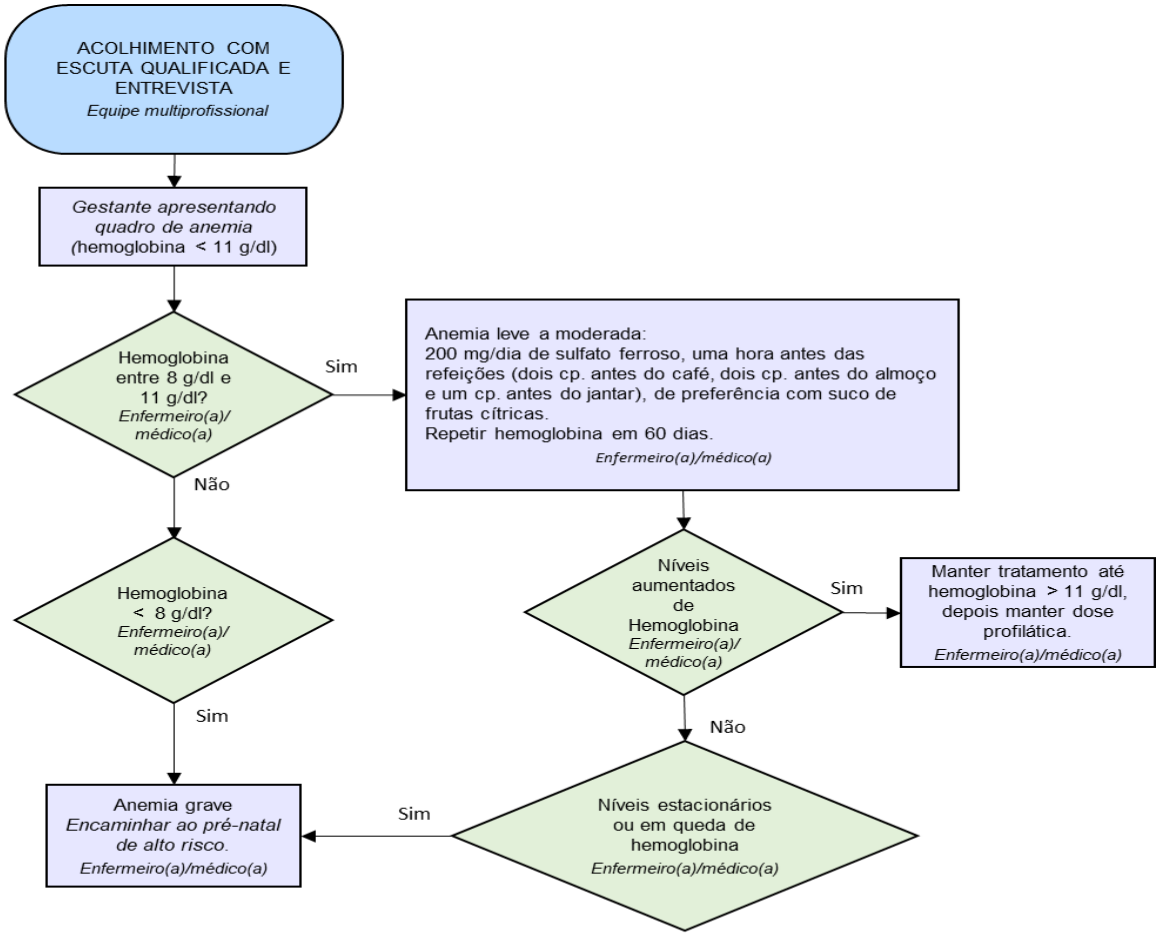
A anemia materna aumenta o risco de resultados adversos, como pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer, parto pré-termo, hemorragia pós-parto, maior mortalidade perinatal e materna.

Existem diversas causas de anemia, e é fundamental que o profissional sempre realize a investigação da sua etiologia antes de definir pela introdução de qualquer terapêutica.

Anemia por deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia afetando cerca de 40% das gestantes. A etiologia mais frequente dessa deficiência é a carência alimentar e perda aguda por hemorragia. Perda crônica de sangue, como nas parasitoses intestinais, deficiência na absorção intestinal também podem ser responsáveis por essa anemia.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

## Figura 4 - Fluxograma Anemia Gestacional




A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- Tratamento: quatro a seis comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

*Enfermeiro(a)/médico(a)*

Fonte: BRASIL. Caderno Atenção Básica ao pré-natal de baixo risco, 2013, p 174.

## Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

A intolerância a carboidratos que define a diabetes mellitus pode ser de dois tipos: o diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) e o diabete mellitus gestacional (DMG), sendo o nível glicêmico que os diferenciam (BRASIL, 2022). Entre os fatores de risco de hiperglicemia materna, destacam-se: obesidade, idade materna >25 anos, histórico familiar e/ou pessoal, gestação gemelar, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, macrossomia pregressa, óbito fetal sem causa aparente, entre outros (BRASIL, 2022).

A hiperglicemia materna deve ser investigada no início e na metade da gestação, como forma de diagnóstico precoce e controle dos níveis glicêmicos, reduzindo as complicações para mãe e filho (BRASIL, 2022). Com o correto manejo desta situação durante o pré-natal, os riscos de desfechos adversos podem ser diminuídos. Para o rastreamento e diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional, as recomendações estão expressas no Fluxograma X.

### FATORES DE RISCO PARA DMG

Gestantes com qualquer uma das características a seguir parecem estar sob maior risco de desenvolver Diabetes Gestacional. Esse risco aumenta quando múltiplos fatores de risco estão presentes:

- História pessoal de intolerância à glicose ou diabetes em gestação anterior.
- História familiar de diabetes, principalmente em parentes de primeiro grau.
- Obesidade ou ganho de peso gestacional excessivo , acima do esperado pela OMS (Anexo1 p.69).
- Óbito ou malformação fetal anterior.
- Glicosúria na primeira consulta pré-natal.
- Pacientes com síndrome metabólica, síndrome dos ovários policísticos, uso atual de glicocorticoides ou hipertensão arterial.
- Gestação múltipla (Albert Einstein, 2022).

### AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR:

| Tratamento não medicamentoso | Tratamento com Insulina |
|---|---|
| CAPILAR: 4 aferições: jejum e pós-prandiais | 7 aferições: jejum, pré e pós-prandiais, 3h da madrugada |

Fonte: Albert Einstein, 2022.

**Para retirada do glicosímetro e das fitas para controle Glicêmico Farmácia Municipal ou nas Farmácias Distritais de Pelotas**

A gestante com diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) ou diabete mellitus gestacional (DMG), vai necessitar apresentar os seguintes documentos:

- Laudo médico do SUS atualizado de Diabetes Mellitus tipo 2 ou Diabetes Gestacional
- Cartão SUS
- Carteira de identidade e CPF
- Comprovante de endereço de Pelotas
- Preencher formulário específico na Farmácia Municipal
- Laudo médico do SUS com pedido de glicosímetro e número de fitas a serem utilizados por dia (verificação de glicose capilar/dia)
- Resultado do exame de sangue/glicemia jejum (≥ 92 mg/dl)
- Gestantes insulinodependentes não necessitam o resultado de exames laboratoriais, necessita da receita médica do SUS atualizada, do uso de insulina e as unidades/dia.

OBS: Gestantes insulinodependentes ou com Diabetes Mellitus anterior a gestação (gravidez de alto risco) serão liberadas as fitas conforme a orientação médica. Com liberação de até 200 fitas/mês que corresponde a 6 verificações/dia.

Tratamento:

Objetivo: controle glicêmico adequado e minimizar risco de complicações.

1ª linha de tratamento: dieta e atividade física

Iniciar e reavaliar eficácia em 2 semanas. Se não atingir a meta de controle, iniciar tratamento farmacológico.

2ª linha de tratamento: insulina

**ALVO DO CONTROLE GLICÊMICO:**

- jejum < 95 mg/dL
- 1h pós refeição < 140 mg/dL
- 2h pós refeição < 120 mg/dL
- Pré-prandiais e madrugada < 100 mg/dL.

Meta: pelo menos 70% de controles adequados

## Tratamento:

1ª linha de tratamento- Não farmacológica

Adequação nutricional e prática de exercício constituem o primeiro passo do tratamento clínico. Cerca de 70% das mulheres com diagnóstico de DMG conseguirão controlar os seus níveis glicêmicos com essas medidas

**DIETA** - Preferência por alimentos in natura ou minimamente processados. - Suspender ingestão de açúcar, doces em geral e alimentos ultraprocessados. - Usar adoçantes artificiais não calóricos (aspartame, sacarina, sucralose, stevia). - Prescrição inicial: 30 kcal/Kg de peso atual, com aumento para 35 kcal/Kg no 3º trimestre (se obesidade, 12 a 24 kcal/Kg, desde que mantida cetonúria negativa). - Composição: 40% de carboidrato (preferir carboidratos complexos), 40% de proteínas, 20% gorduras. -Ganho de peso durante a gestação semelhante à população geral.

**ATIVIDADE FÍSICA** - Atividade física deve ser mantida ou iniciada, desde que não existam contra-indicações.

- Exercício moderado, 30 a 40 minutos, 4-5 vezes por semana.
- A gestante deve ser capaz de realizar o exercício e conversar ao mesmo tempo em que se sente moderadamente cansada durante a sua execução.
- Manter-se hidratada durante a sua realização e se alimentar antes do seu início, especialmente as usuárias de insulina.

Exercícios considerados seguros durante a gestação: caminhada, natação/ hidroginástica, ciclismo indoor, musculação/ exercícios de força, corrida, esportes com raquetes, yoga / pilates.

2ª linha de tratamento: insulina

A insulina se destaca como primeira escolha entre as medidas farmacológicas no controle da hiperglicemia na gestação.

Diferentes tipos de insulina estão disponíveis e são considerados seguros para uso na gestação. Para o DMG ou DMDG, as insulinas mais utilizadas são a protamina neutra Hagedorn (NPH), de origem humana e ação intermediária, e a regular, de origem humana e ação rápida.

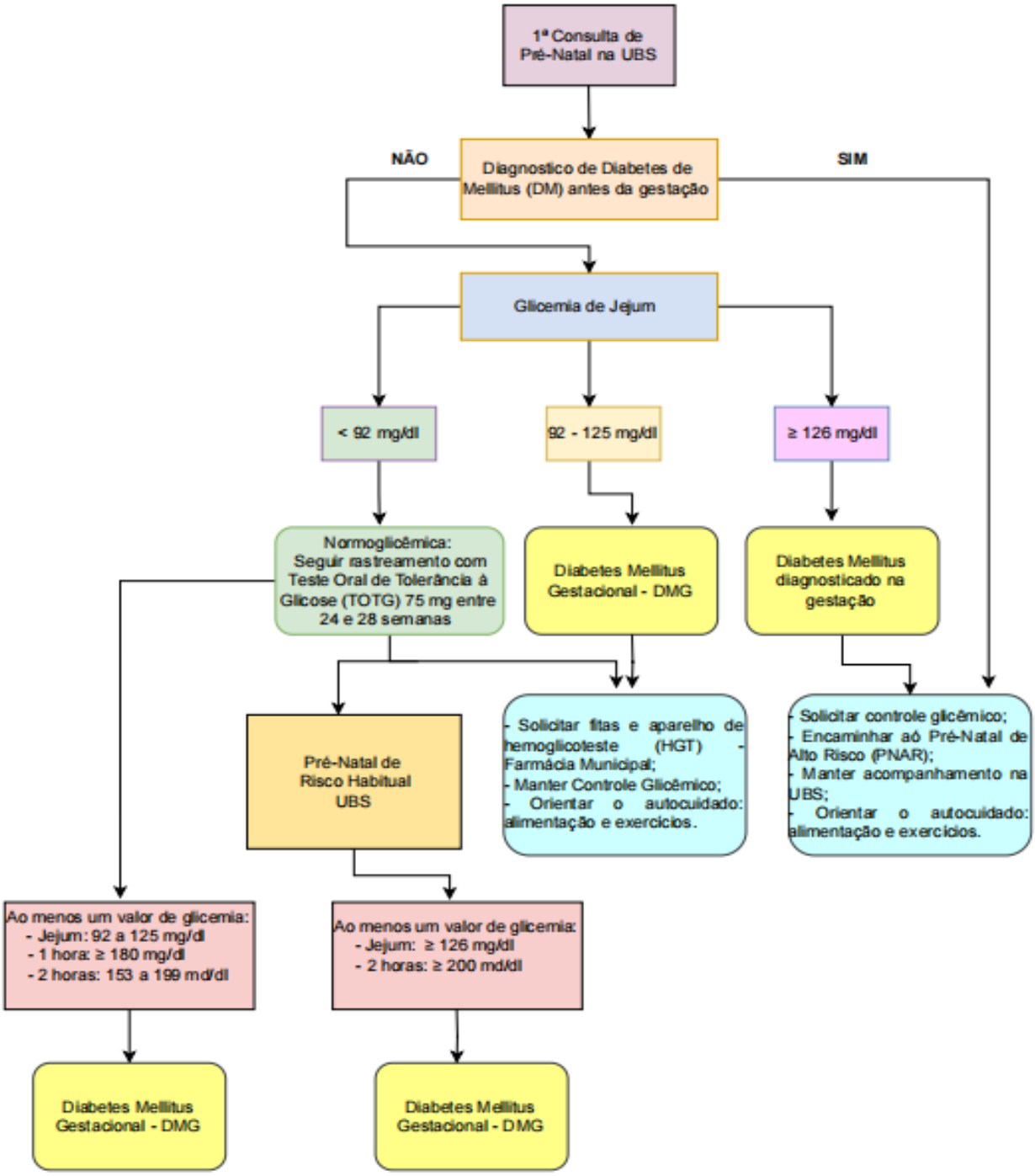
Os antidiabéticos orais (como metformina e glibenclamida) ainda não estão liberados para uso na gestação, principalmente pela falta de evidências sobre repercussões ao longo da vida das crianças que sofreram exposição intrauterina a essas drogas. Faltam ainda evidências para definir riscos e benefícios do uso dessas drogas, ou mesmo para indicar uma ou outra com melhor resultado. A metformina pode ser admitida como alternativa para controle do DMG em condições muito específicas, tais como: difícil acesso à insulina; incapacidade para a autoadministração de insulina; estresse exacerbado em decorrência do uso de insulina, com potencial restrição alimentar; necessidade de altas doses diárias de insulina (>100 UI) sem resposta adequada no controle glicêmico.

Fonte: Albert Einstein, 2022.

| EXAME | PERÍODO | INTERPRETAÇÃO | O QUE FAZER? |
|---|---|---|---|
| **Glicemia de jejum** | - 1ª consulta e depois da 24ª semana realiza glicemia de jejum<br>- Se a 1° consulta for a partir das 24 semanas realizar TOTG 75g imediatamente | **< 92 mg/dL: Normal**<br><br>**≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL: Diabetes Mellitus gestacional**<br><br>**≥126 mg/dl: Diabetes Mellitus na gestação (prévia)** | **Normal**: Orientar medidas de prevenção primária (alimentação e atividade física regular). Realizar TOTG 75g entre 24 e 28 semanas.<br><br>**Diabetes Mellitus prévio:** encaminhar para o PN Alto Risco<br><br>**Diabetes Mellitus Gestacional**: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes de 2h após as principais refeições.; Os controles pós refeição podem ser realizados 1 ou 2h após o início da refeição. |
| **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG)**<br><br>Em jejum, 1 e 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose | Realizar entre 24 e 28 semanas gestacional | **Diagnóstico de DMG**<br>Jejum ≥ 92 mg/dL e <126 mg/dL<br>Após 1h ≥ 180mg/dl<br>Após 2h: ≥ 153 e <199 mg/dL<br><br>**Diagnóstico de DM na gestação**<br>Em jejum ≥ 126mg/dL<br>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 .<br><br>**Manter acompanhamento na APS** |

Albert Einstein. Elaborado por Mariana Granado; Andréa Novaes; Adolfo Liao; Adriana Grandesso; Cristina Amadatsu; Rita Sanche; Romulo Negrini. Guia do Episódio de Cuidado. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). 2022. Disponivel em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Diabetes-Gestacional.pdf

Figura 5 - Fluxograma Diabetes Gestacional




Fonte: REMI, 2023. Adaptado com base no Telessaúde-RS/UFRGS, 2019 e MS/OPAS, 2016.

# Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Gestação

As doenças hipertensivas são a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil e estima-se que a pré-eclâmpsia complique 2 a 8 % das gestações globalmente (BRASIL, 2013; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 202O). A hipertensão ocorre em 6 a 17% das mulheres nulíparas e em 2 a 4% das mulheres multíparas (MELVIN, FUNAI, 2022). O Ministério da Saúde orienta a verificação da pressão arterial em todas as gestantes e em todas as consultas de Pré-Natal (BRASIL, 2013).

Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão na gestação, dentre eles: história prévia de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) preexistentes, doença renal crônica, idade materna avançada, índice de massa corporal (IMC) elevado, gestação múltipla e síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (DYNAMED, 2022).

**CLASSIFICAÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS NA GESTAÇÃO:**

**1 - Hipertensão arterial crônica**

Hipertensão arterial diagnosticada previamente à gestação ou com início anterior Às 20 semanas de gestação ou hipertensão arterial persistente ≥ 12 semanas após o parto;

**2 - Hipertensão gestacional**

Caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão);

**3 - Pré-eclâmpsia**

Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;

**4 - Eclâmpsia**

Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;

**5 - Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica**

Definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.

Fonte: BRASIL. Caderno Atenção Básica ao pré-natal de baixo risco, 2013, p 180.

# Hipertensão Gestacional

## Avaliação Gestacional

O diagnóstico de hipertensão gestacional é confirmado quando houver hipertensão arterial (duas medidas com PA sistólica ≥ 140 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 mmHg com pelos menos quatro horas de intervalo) na segunda metade da gestação, a partir da 20ª semana, em gestante previamente normotensa. Cerca de 10 a 50% dos casos poderão evoluir para pré-eclâmpsia, sendo essencial o acompanhamento clínico e laboratorial (BRASIL, 2022).

## Terapia Anti-hipertensiva

Quando houver necessidade de tratamento farmacológico, deve-se observar as medições compatíveis com a gestação, conforme as recomendações descritas no quadro 6 - Consultar TelessaúdeRS-UFRGS (2023), p. 13 https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta.

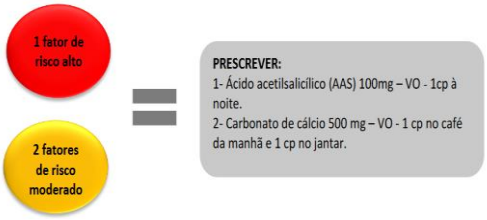
Recomenda-se início de terapia farmacológica com anti-hipertensivos para todas as gestantes com hipertensão gestacional grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg) (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 202O; DYNAMED, 2022).

Não há consenso quanto à prescrição de anti-hipertensivos para gestantes com hipertensão gestacional leve ou moderada (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 202O; DYNAMED, 2022). As recomendações das principais referências estão resumidas no quadro 9 - Consultar TelessaúdeRS-UFRGS (2023), p. 18 https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta.

# Síndromes Hipertensivas na Gestação

Para as mulheres com alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia, a ingestão diária de ácido acetilsalicílico (AAS) em doses de 100mg ou mais, iniciada antes de 16 semanas de gestação, evidenciou redução de 62% do risco do aparecimento da pré-eclâmpsia antes da 37ª semana de gestação e de 80% antes da 34ª semana de gestação. A suplementação de cálcio para mulheres com as mesmas características foi capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em 55%.

Com base na diretrizes clínicas, preconiza-se a prescrição combinada de AAS 100mg por dia, preferencialmente à noite e suplementação de cálcio elementar 1g por dia, lembrando que os efeitos colaterais apresentados não são graves e se tornam desprezíveis frente ao impacto obtido em redução da ocorrência de doença potencialmente fatal para mãe e bebê.




Fonte:DIRETRIZ CLÍNICA PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO, DO PROJETO TODAS AS MÃES IMPORTAM, DA SBIB ALBERT EINSTEIN E MSD PARA MÃES (2022).

## Síndromes Hemorrágicas na gestação

O aborto espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável até 20-22 semanas ou peso fetal de 500 g. É considerado precoce ou de primeiro trimestre até 12 semanas e 6 dias (BRASIL, 2022).

O aborto é a complicação mais comum da gravidez. A frequência relatada de perda gestacional em mulheres com teste urinário positivo é de 12% a 24%. A real taxa de aborto é, provavelmente, maior, pois muitas perdas ocorrem antes do diagnóstico de gravidez (BRASIL, 2022).

A maioria dos abortos espontâneos ocorre nas primeiras 12 semanas, e a morte do embrião ou feto é acompanhada por hemorragia da decídua basal, seguida por necrose tecidual, que estimula as contrações uterinas e precede a expulsão (BRASIL, 2022).

As principais causas de hemorragias na gestação são:

- Na primeira metade da gestação: abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);
- Na segunda metade da gestação: placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta;

Outras causas de perda sanguínea na gestação: Infecções Sexualmente Transmissíveis (cervicites/tricomoníase), pólipos cervicais, câncer de colo uterino e vagina, lesões traumáticas, entre outras.

Os principais fatores de risco, diagnóstico e condutas a serem adotadas nas Síndromes hemorrágicas da primeira metade da gestação e nas Síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação, seguem as orientações descritas no Manual de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022), link de acesso: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

As síndromes hemorrágicas devem ser conduzidas conforme a IG e as condições clínicas da gestante.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

## Imunização na gestação

A vacinação é a medida mais eficaz para prevenção de algumas doenças que podem comprometer a saúde da gestante e do concepto, devendo ser realizada conforme o calendário do Programa Nacional de Imunização - PNI, conforme protocolo do Núcleo de Imunizações /DVE/CEVS/SES (2022). As vacinas devem ser registradas na carteira de gestantes e o controle vacinal deve ser realizado durante as consultas de pré-natal.

**Influenza -** Qualquer trimestre gestacional

**Hepatite B**
Avaliar carteira de vacinação e de gestações anteriores, se não tiver esquema completo ou sem registro, iniciar esquema ou completá-lo.

**Difteria, tétano e coqueluche acelular (dTpa)**
Em cada gestação, independente do intervalo.

**COVID -19**
Exceto vacinas com vetor viral.

**Vacinas não indicadas durante a gravidez:**

BCG
Tríplice viral
Varicela
HPV
Febre amarela

## Imunização na gestação

De acordo com a Instrução Normativa - Calendário Nacional de Vacinação do Núcleo de Imunizações - DVE/CEVS/SES (2023), deve ser ofertada para gestantes as seguintes vacinas:

### Quadro 3 - Calendário vacinal da gestante

| Vacinas | Esquema de vacinação | Indicação | Dosagem | Via de administração |
|---|---|---|---|---|
| Hepatite B1 | 3 doses (intervalo em meses 0, 1 e 6) | Se não tiver recebido esquema completo na infância deverá iniciá-lo ou completá-lo | 0,5 mL até 15/19 anos*, após 1mL | Intramuscular, no deltóide |
| dT | 3 doses (intervalo em meses 0, 2 e 4) e Reforço a cada 10 anos | | 0,5 mL | Intramuscular, no deltóide |
| dTpa adulto | Dose única | A partir da 20ª semana gestacional até 45 dias após o parto | 0,5 mL | Intramuscular, no deltóide |
| Influenzae (campanha) | 1 dose anual-campanha | Qualquer idade gestacional | 0,5 mL | Intramuscular, no deltóide |
| Covid-19 | Pelo menos 02 doses do esquema inicial com a vacina monovalente. Reforço com vacina Bivalente do covid-19 Pfizer respeitando o intervado de 4 meses após a útima dose. | Qualquer idade gestacional | 0,3 mL | Intramuscular, no deltóide |

**Fonte:** Núcleo de Imunizações /DVE/CEVS/SES (2023) e Brasil, Informe técnico Operacional – de vacinação contra COVID-19 (2023).

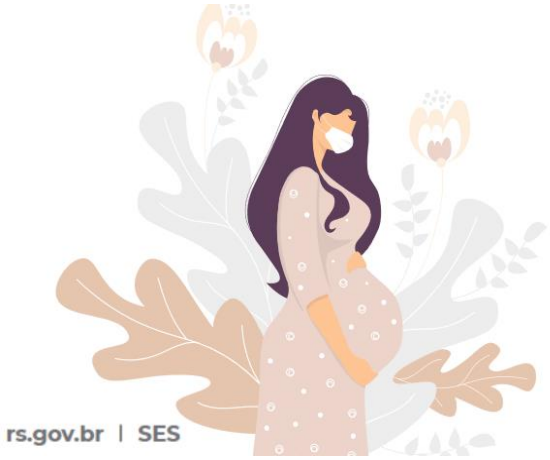
Para gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional: Administrar três doses da vacina hepatite B, considerando o histórico de vacinação anterior.

**Não há indicação de realização de anti-HBs na população em geral.** A realização do anti-HBs deve ser de 30 a 60 dias após a última dose do esquema vacinal. Caso a dosagem do anti-HBS seja realizada fora deste período na população em geral e o resultado encontrado for <10 UI/ml, o paciente poderá ser não respondedor (suscetível) ou poderá estar protegido (não suscetível) e ter ocorrido uma queda do marcador. Em nenhum dos casos está indicada a revacinação.

*Dosagem Hep B: 1mL, para vacinas do laboratório *Serum Institute of India*, a partir dos 20 anos e a partir dos 16 anos Laboratórios LG, Butantan e Sanofi.

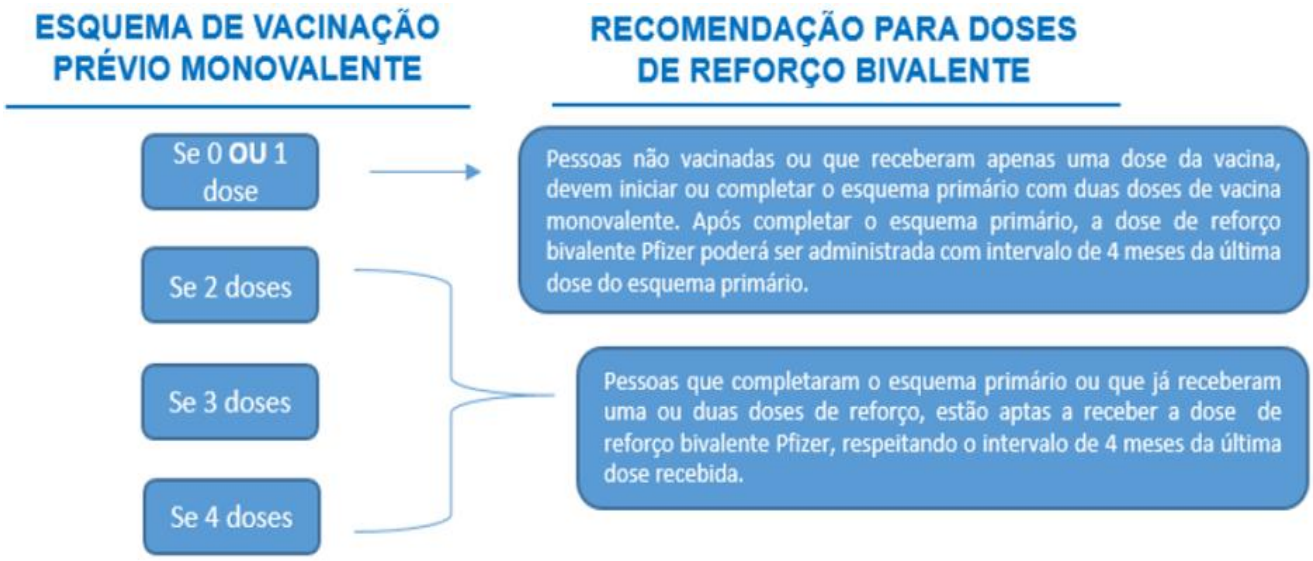
Obs: Para maiores informações consultar as referências e departamento de vigilância epidemiológica de Pelotas.

## Vacinação contra COVID-19 para gestantes e puérperas




- Vacina contra a COVID-19 pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas ou em qualquer intervalo.
- Recomendação da administração da vacina contra o Covid-19, a partir de 4 semanas do início dos sintomas ou diagnóstico de covid-19

Recomendação de vacinação com a vacina COVID-19 bivalente conforme a situação vacinal prévia para pessoas:




**Fonte:** BRASIL, Informe técnico Operacional – de vacinação contra COVID-19 (2023), p.22.

## Cuidado Puerperal

O cuidado nesta fase é fundamental tanto para a saúde materna quanto para a saúde da criança. Deve incluir o pai/família em seus diversos arranjos. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura aproximadamente seis semanas.

A consulta puerperal deve ser garantida entre 7 a 10 dias após o parto e, se não houver comparecimento na UBS deve-se realizar a busca ativa. Recomenda-se, ainda a realização de uma visita domiciliar, pelos profissionais da APS à puérpera após a alta da maternidade.

A visita domiciliar à puérpera deve incluir também a visita ao RN conforme preconizado no Guia do Pré-Natal na Atenção Básica, se possível, os agendamentos de consulta puerperal e do RN devem ser no mesmo período não só para facilitar o deslocamento de ambos, mas também para avaliar o vínculo e demais aspectos importantes que envolvam a relação da mãe/pai/família e o bebê.

**Competência da UBS**

- ✔ Disponibilizar agenda para para consulta puerperal com 7 dias após o parto;
- ✔ Estimular desde o pré-natal o retorno na UBS após o parto;
- ✔ Monitorar todas as puérperas e captá-las para a consulta puerperal;
- ✔ Realizar a busca ativa, se após os dez primeiros dias de vida, a mãe não comparecer à UBS acompanhada do bebê para consulta neonatal precoce e para a consulta puerperal;
- ✔ Detectar as complicações puerperais precocemente e encaminhar para o hospital;
- ✔ Realizar a consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto;
- ✔ Esclarecimento de dúvidas.

## Sinais de Alerta

Febre , sangramento vaginal excessivo e prolongado, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tonturas frequentes, ingurgitamento mamário e dor.

Realizar avaliação e, conforme o caso, encaminhar para o serviço hospitalar responsável pelo parto.

## Consulta Puerperal

### Puerpério Imediato - 1º aos 10º dias de pós-parto

- ✔ Verificar Cartão de Pré-Natal e Carteira de Vacinação do RN;
- ✔ Checar todas as informações técnicas descritas sobre o parto e realizar escuta do relato do parto;
- ✔ Atentar para situação vacinal da puérpera, exames, medicamentos, sinais vitais, sinais flogísticos, lóquios, comorbidades, queixas, e intercorrências do período;
- ✔ Realizar exame físico detalhado que segue:

- ➢ Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele;
- ➢ Verificar sinais vitais e antropometria - atentar principalmente para temperatura, pressão arterial e perda de peso;
- ➢ Ausculta cardíaca e pulmonar;
- ➢ Avaliação das mamas - avaliando pega, sinais de fissuras, ingurgitamento;
- ➢ Palpação do abdômen – avaliar involução uterina, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea;
- ➢ Avaliar o períneo e vulva - atentar para lacerações, pontos cirúrgicos, lóquios, avaliar região anal.
- ➢ Avaliar membros inferiores - atentar para presença de edema e varicosas;

- ✔ Orientar sobre amamentação, se possível observar mamada e pega, avaliando as condições das mamas;
- ✔ Reavaliar as comorbidades detectadas no período gestacional ou no parto tanto na abordagem medicamentosa quanto na necessidade de encaminhamentos e/ou outras condutas;
- ✔ Atentar para os aspectos sociais e emocionais, rede de apoio ou familiar;
- ✔ Estimular a manter uma boa postura, adequar lugar que amamenta e postura no leito evitando dor musculoesquelética, estimular a deambulação precoce;
- ✔ Estimular a realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal;
- ✔ Em caso de cesariana, realizar a retirada de pontos entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica;
- ✔ Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário;
- ✔ Avaliar e orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos caso necessário;
- ✔ Registro adequado em prontuário e-SUS;
- ✔ Agendar retorno.

# Consulta Puerperal

**Puerpério Tardio - 11º a 45º dias de pós-parto**

- ✔ Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono, e sinais flogísticos no período;
- ✔ Analisar os aspectos emocionais, sociais e rede de apoio familiar;
- ✔ Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo;
- ✔ Verificar as condições nutricionais da puérpera e possíveis encaminhamentos para a nutricionista caso necessário;
- ✔ Realizar exame físico;
- ✔ Oferecer métodos de contracepção e trabalhar com a paciente o retorno da atividade sexual segundo suas percepções e escolhas.

**Puerpério Remoto – 45 dias em diante**

- ✔ Avaliar aleitamento materno e condições da mama;
- ✔ Analisar o padrão nutricional e perda ou ganho de peso; Avaliar método de contracepção escolhido;
- ✔ Orientar e agendar coleta de exame citopatológico preventivo caso necessário;
- ✔ Avaliar questões sociais e emocionais, rede apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos, relação mãe e bebê;
- ✔ Identificar vulnerabilidades e riscos;
- ✔ Orientar segmento com alto risco ou avaliação médica em caso de pacientes que tiveram intercorrências na gestação e parto.
- ✔ Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono, e sinais flogísticos no período;

## COVID-19 - Assistência às Gestantes e Puérperas

A assistência de Gestantes e Puérperas frente à pandemia de COVID-19, segue as orientações do Manual de recomendações para assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2021) e a Nota Técnica nº 11 de enfrentamento ao COVID-19 (PELOTAS/VIGEP, 2022).

**Orientações gerais**

- As medidas de prevenção da doença sendo adesão à ações que favoreçam o distanciamento social, uso de máscaras, prática de higiene (etiqueta respiratória, lavagem/higienização correta das mãos, isolamento de casos suspeitos e/ou confirmados e vacinação;
- As consultas de pré-natal e consultas puerperais não devem ser interrompidas;
- É direito garantido por lei a presença de acompanhante no atendimento obstétrico. Entretanto, é importante orientar a gestante/família que o acompanhante não poderá estar apresentando nenhum sintoma gripal e, deverá, preferencialmente, não pertencer aos grupos de riscos. Também é essencial que o(a) acompanhante mantenha o uso de máscara durante todo o atendimento e não circule em outros ambientes;
- É recomendável que as equipes de saúde se organizem para garantir que as gestantes e puérperas permaneçam o mínimo de tempo necessário para a realização das consultas, evitando ao máximo aglomerações em salas de esperas;
- Recomenda-se que os serviços busquem otimizar o momento das consultas presenciais, garantindo no mesmo momento, sempre que possível, a realização de ações como coletas de material para exames complementares, realização de ultrassonografias e imunização;
- A retomada dos grupos de gestantes poderá ser realizada, desde que sejam garantidas todas as medidas previstas nos protocolos sanitários;
- Antes de todos os atendimentos deverá ser realizada a triagem clínica para sintomas gripais ou contato prévio com pessoa positivas para SARS-Cov-2 tanto na gestante quanto do acompanhante;
- O tempo da consulta deve ser o necessário para se prestar uma assistência pré-natal/puerperal adequada, evitando prolongamentos excessivos, a fim de garantir orientações relacionadas a sinais e sintomas de alerta do período gestacional e as orientações importantes para o período puerperal exames de triagem neonatal, cuidados com o bebê, importância e manutenção do aleitamento materno, a utilização de métodos contraceptivos, entre outras.

## Gestantes e Puérperas

**Todas as gestantes** precisam **realizar exame de RT-PCR** para SARS-CoV-2 de acordo com o Quadro a seguir:

**Quadro 4 - Protocolo de realização de exame RT-PCR para SARS-CoV-2**

| | | |
|---|---|---|
| **Sintomática** | Realizar teste RT-PCR em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal | |
| **Assintomática** | Contactante próxima de um caso confirmado para COVID-19 por RT-PCR | • Realizar teste RT-PCR do 5ª ao 10ª dia após o contato com o caso confirmado. |
| | Nunca testada ou com teste negativo para COVID-19 durante a gestação | • Realizar teste RT-PCR entre a 37ª a 39ª semana gestacional (avaliar o melhor período com o médico do pré-natal; intenção é obter o resultado previamente ao parto);<br>• Se parto cesárea ou outro procedimento eletivo agendado, realizar o RT-PCR 3 dias antes do procedimento;<br>• Em caso de intercorrências obstétrica ou clínicas anteriores a 37ª e 39ª semana gestacional, realizar RT-PCR no momento da internação ou teste de antígeno. |

*puerpério imediato até 45 dias após o parto

Em Pelotas a disponibilidade do exame de **RT-PCR** para SARS-CoV-2 na rotina do pré-natal está disponível na UBS Porto.
Anotar na Carteira da Gestante a realização e resultado do exame (de preferência grampear o resultado do exame na carteira)

Mais informações e conferência das atualizações, ler nota técnica COVID-19, VIGEP disponivel no link: https://www.pelotas.com.br/publicacoes/sms-materiais-tecnicos

- ✔ Durante o procedimento de hospitalização da gestante, orientar a respeito da necessidade de que o acompanhante esteja atento a presença de sintomas gripais.
- ✔ Caso apresente sintomas ou tenha tido contato com pessoa sintomática, não permanecer no hospital para segurança das gestantes e recém-nascidos.
- ✔ Os acompanhantes deverão assinar o termo de responsabilidade.

## COVID-19 - Assistência às Gestantes e Puérperas

**Pré-Natal de gestantes com suspeita ou confirmação de covid-19**

O acompanhamento pré-natal das gestantes com suspeita de infecção pelo COVID-19 deverá ser mantido no nível assistencial em que a gestante já estava sendo atendida anteriormente, ou seja, as gestantes de risco habitual continuarão na Atenção Primária à Saúde (APS) e as de alto risco, deverão manter o atendimento no nível secundário (pré-natal de alto risco), salvo a identificação de intercorrências que comprometam a saúde materna e/ou fetal.

As gestantes que ainda não tiverem iniciado o pré-natal e apresentam quadro leve da doença devem ser orientadas da importância do agendamento da primeira consulta, respeitando o período de isolamento e monitoradas pela APS, conforme os protocolos específicos de monitoramento dos casos leves.

**Pré-Natal de Alto Risco**

No pré-natal de alto risco, como há uma variabilidade enorme de condições clínicas, a avaliação para proposição do seguimento gestacional deverá ser feita individualmente. Conforme critério clínico, em situações específicas, o maior espaçamento de consultas poderá ser considerado. O acompanhamento pré-natal compartilhado com atenção primária e baseado em um detalhado plano de cuidados elaborado e entregue, por escrito, para a gestante otimiza o seguimento dessas gestantes e, nesse cenário de pandemia, é, ainda, mais importante para redução do risco de infecção.

## Telefone 0800-644-6543 - Telessaúde

O Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), disponibiliza o telefone 0800-644-6543, do TelessaúdeRS-UFRGS, para esclarecer dúvidas técnicas sobre o novo Coronavírus e a COVID-19.

**O serviço responde dúvidas de médicos e enfermeiros do SUS e da rede privada de todo o país.**

**Classificação clínica da covid-19 em gestantes e puérperas**

**A. Quadro Leve**
Síndrome gripal (tosse, dor de garganta ou coriza, febre, cefaléia podendo ou não estar acompanhado de perda de olfato, alteração do paladar). Alguns casos podem apresentar diarreia, dor abdominal, mialgia e/ou fadiga;
**B. Quadro moderado**
Tosse + febre persistente diária, OU Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia,
prostração, hipotermia, diarreia), OU Qualquer um dos sintomas acima + presença de fator de risco;
**C. Quadro grave**
Síndrome gripal + dispneia ou desconforto respiratório, OU
Síndrome gripal + saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente, OU Síndrome gripal + cianose.

A pandemia de COVID-19 é uma situação emergente e em rápida evolução. A Secretaria de Municipal de Saúde (SMS), segue os protocolos e recomendações do Ministério da Saúde (MS). As orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo MS, Órgãos Internacionais e avanços científicos.

## Orientações sobre amamentação

A amamentação deve ser mantida no caso de puérperas estáveis, mesmo na vigência de sinais e sintomas gripais leves. A equipe deve orientar a lactante sobre os cuidados relacionados a higienização, uso de EPIs e etiqueta respiratória. As mamadas devem ser precedidas de higienização das mãos e o uso da máscara deve ser mantida durante a amamentação.

Lactantes na fase aguda da doença que se sentirem inseguras para a amamentação, podem ter o leite ordenhado e oferecido ao neonato. Orientações sobre segurança e benefícios do do aleitamento materno exclusivo devem ser intensificados nesses casos, de forma a garantir para a mulher as informações necessárias para sua tomada de decisão.

## Previne Brasil - Indicadores

O indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação” tem por objetivo mensurar o acesso das gestantes ao pré-natal na APS com início precoce e atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes residentes na sua área de abrangência para realização do acompanhamento pré-natal, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal.

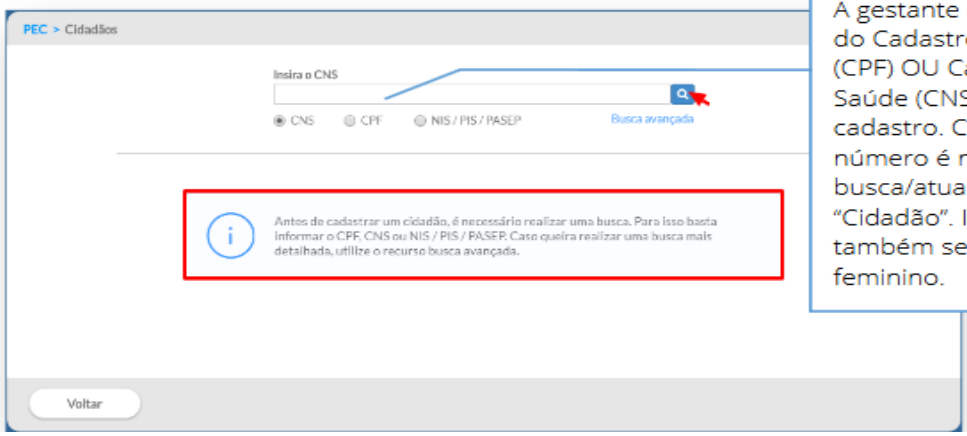
Nesse processo, além do acesso precoce, é importante que a gestante receba atendimento individual com equipe médica ou de enfermagem, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Ressalta-se a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, com a realização de um atendimento que inclui anamnese, exame físico direcionado, solicitação ou avaliação de exames complementares, atualização da Caderneta da Gestante e agendamento das consultas subsequentes, considerando suplementação vitamínica, conforme cada caso e idade gestacional, e abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença, realizando também a classificação de risco gestacional a cada atendimento.

Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da gestante, sócio demográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados.

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS

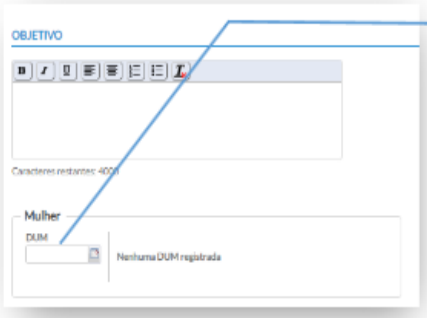
## Indicadores do Previne Brasil

### *Identificação do Cidadão*

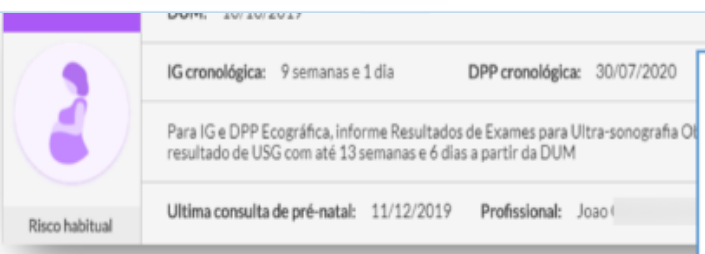



A gestante deve ter o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) OU Cartão Nacional de Saúde (CNS) vinculado ao seu cadastro. Caso não tenha esse número é necessário realizar a busca/atualização no módulo "Cidadão". Importante observar também se está como sexo feminino.

### *Data da Última Menstruação (DUM) e Idade Gestacional (IG)*



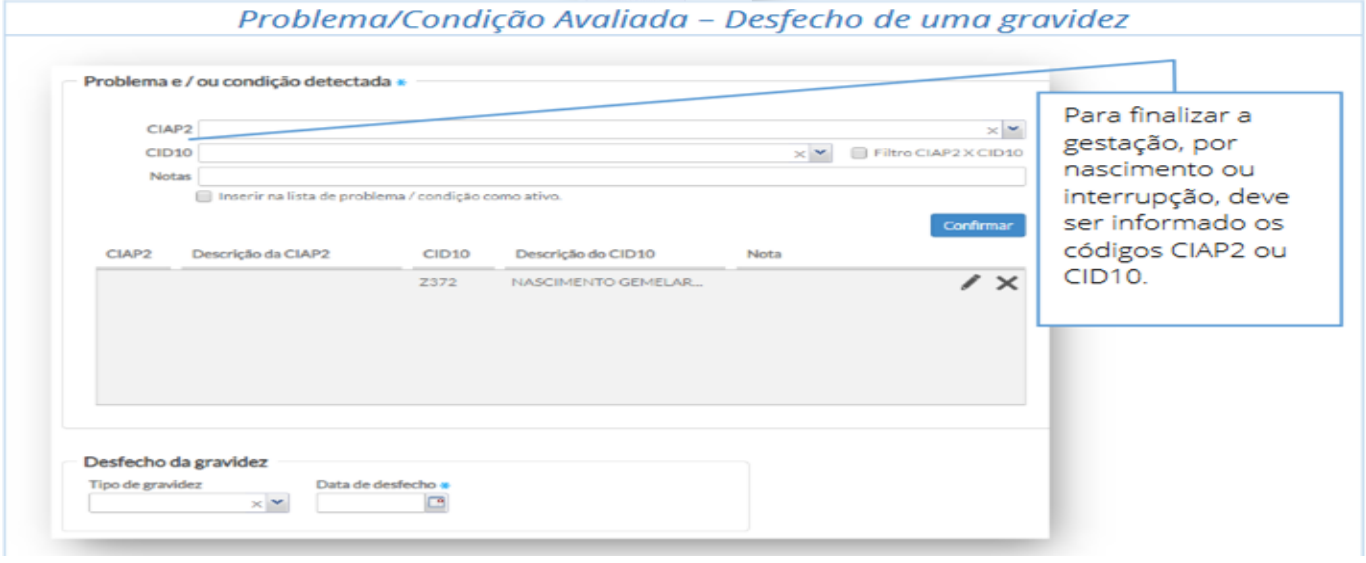

É **imprescindível** registrar a DUM.



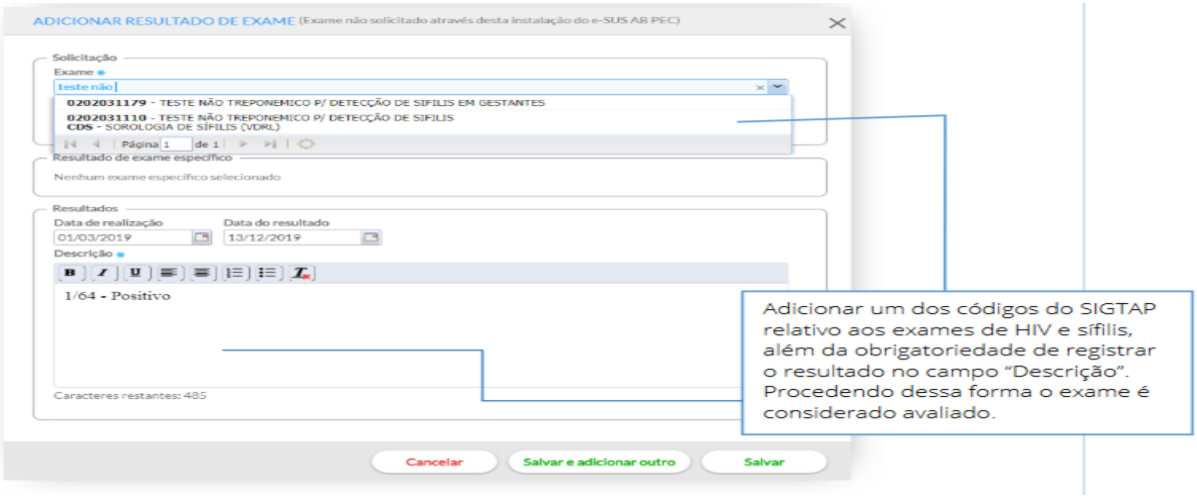

Com o registro da DUM, o PEC calcula a IG automaticamente. A IG é apresentada no módulo de acompanhamento do PN. Para o indicador 1, serão consideradas apenas as que iniciaram o PN com menos de 20 semanas.

Nas consultas subsequentes de Pré-Natal basta clicar no botão de habilitar campos de pré-natal que automaticamente o CIAP2 W78 será adicionado no campo Problema e/ou condição detectada.

*Problema/Condição Avaliada – Desfecho de uma gravidez*




*Sorologia avaliada para HIV e Sífilis*



| SIGTAP para o teste rápido de sífilis |
|---|
| 02.14.01.007-4 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS)<br>02.14.01.008-2 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO) |
| SIGTAP para o teste rápido de HIV |
| 02.14.01.05-8 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO DE HIV)<br>02.14.01.004-0 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO |

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

## Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics and Gynecology, v. 135, n. 6, p. 237-260, jun. 2020. Disponível em:https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2020/06000/Gestational_Hypertension_and_Pre eclampsia__ACOG.46.aspx. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il

_____. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em 01 mar. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Doenças de Condições para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretari de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fluxograma_manejo_clinico_ists.pdf. Acesso em 02 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [recurso eletrônico] versão preliminar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 44 p. : il

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 692 p. : il.

## Referências

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 224 p. : il

_____. Ministério da Saúde. e-SUS APS - GUIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DA APS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_qualificacao_pec_2022.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

DYNAMED. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/hypertensive-disorders-of-pregnancy. Acesso em: 11 set. 2023.

DIRETRIZ CLÍNICA PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO DE SINDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO, DO PROJETO TODAS AS MÃES IMPORTAM, DA SBIB ALBERT EINSTEIN E MSD PARA MÃES (2022). Disponível em: https://www.einstein.br/empresas-hospitais/escritorio-de-excelencia-einstein/projetos-de-melhoria/melhoria-na-assistencia-ao-parto. Acesso em: 15 set. 2023.

MELVIN, L.; FUNAI, E. F. Gestational hypertension. Waltham (MA): UpToDate, 27 maio 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/gestational-hypertension.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: OPAS, 2016.

TELESSAÚDERS-UFRGS. TeleCondutas: diabetes e gestação. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_diabetes_gestacao_1.3.pdf. Acesso em: 03 set 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). TeleCondutas: Doenças Hipertensivas na Gestação: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/. Acesso em: 15 set. 2023.

# Anexo 1

**Quadro 5 - Ganho de peso de acordo com o IMC materno Pré- Gestacional**

| Estado nutricional antes da gestação | IMC (Kg/m²) | Ganho de peso durante a gestação (Kg) | Ganho de peso por semana no 2 e 3 trimestre (kg) |
|---|---|---|---|
| Baixo peso | <18, 5 | 12,5-18 | 0,5 |
| Peso adequado | 18,5-24,9 | 11-16 | 0,4 |
| Sobrepeso | 25,0-29,9 | 7-11,5 | 0,3 |
| Obesidade | ≥30 | 5-9 | 0,2 |

Fonte: Albert Einstein, 2022.

# Anexo 2

**Prefeitura Municipal de Pelotas**
**Secretaria Municipal de Saúde**
**Rede de atenção à Saúde Materno Infantojuvenil**
**Departamento de Vigilância Epidemiológica**

## TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

Agosto/2023

A toxoplasmose, causada pelo protozoário Toxoplasma gondii, apresenta complicações graves quando adquirida no período gestacional. No Brasil, a incidência de toxoplasmose congênita varia entre 4 a 10 casos para cada 10 mil nascidos vivos, com apresentação clínica variável, incluindo alterações oculares (como coriorretinite), neurológicas (como encefalite, microcefalia e macrocefalia), sistêmicas (hepatomegalia, icterícia) e óbito fetal/neonatal (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2022).

A taxa de transmissão ao feto é 14% no primeiro trimestre e 60% no terceiro trimestre. Já a gravidade, tende a ser maior nas infecções adquiridas no começo da gestação. A taxa de transmissão varia entre 50% a 60% em mães não tratadas e 20% a 30% nas que receberam tratamento durante a gestação. Por isso, a prevenção da infecção, o rastreamento e o diagnóstico precoce são fundamentais para evitar as complicações da toxoplasmose congênita (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2022).

**Diagnóstico na Gestante**

O diagnóstico é laboratorial, a partir dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose, visto que os sintomas da doença costumam ser inespecíficos, a interpretação da sorologia e condutas estão descritas no Quadro 2. Como o anticorpo IgM pode permanecer positivo por anos após um quadro de infecção aguda, a suspeita diagnóstica de toxoplasmose na gravidez é mais acurada quando o anticorpo IgM é interpretado a partir do conhecimento sorológico prévio de IgG e IgM, idade gestacional que o exame foi realizado, resultado do anticorpo IgG e teste de avidez ao IgG (quando sua realização é necessária). Deve-se sempre considerar sorologias (Quadro 1) realizadas previamente à gestação na interpretação dos exames atuais (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2022).

No município de Pelotas/RS quando identificado o diagnóstico laboratorial é necessário realizar a notificação compulsória SINAN (Anexo 3), enviar para whatsApp da vigilância epidemiológica (53) 991048947, uma cópia imadiatamente e pela rota(semanal) a notificação física.

Para a solicitação e aquisição das medicações para o tratamento da gestante (quadro 3) é preciso enviar para a VIGEP os seguintes documentos:

**Importante!**

WhatsApp (53) 991048947

- Ficha de notificação;
- Página de acompanhamento (consultas) pré-natal da caderneta da gestante;
- US Obstétrico;
- Exames laboratoriais de toxoplasmose (IgG e IgM);
- Receita/prescrição médica;
- Carteira de identidade;
- CPF;
- Cartão SUS (CNS) e
- comprovante de residência.

A **retirada dos medicamentos** para o tratamento das gestantes com diagnóstico de toxoplasmose é realizado na farmácia central Pelotas, Rua Prof. Dr. Araújo, 2016 - Centro, contato: 32278946, horário de atendimento: 08:00 - 16:45), pela gestante ou seu familiar.

Nos casos com indicação para a coleta de avidez, foi acordado com os laboratórios conveniados pelo SUS que será enviado, via vigilância, uma alícota da mesma amostra analisada no laboratório para ser analisada pelo Lacen. Nas situações que este fluxo não seja realizado, solicitamos que a vigilância ou a REMI seja imediatamente comunicada.

QUADRO 1 - Titulação de anticorpos IgG e IgM

| Sorologia | Reagente | Não reagente |
|---|---|---|
| IgG | superior a 3UI/mL | inferior a 1,6UI/mL |
| IgM | superiores a 0.60 | inferior a 0.50 |

Valores situados entre 1,6UI/mL e 3,0UI/mL para IgG e entre 0.50 e 0.60 para IgM foram considerados inconclusivos ou indeterminados.

Fonte: Muller; Torquett, 2017. apud Manual do Fabricante Abbot Laboratórios do Brasil Ltda, Architec Toxo IgG e Architec Toxo IgM. Junho, 2008.

QUADRO 2 - Sorologia para toxoplasmose: interpretação e conduta.

| SITUAÇÃO | RESULTADOS | | | INTERPRETAÇÃO e CONDUTA |
|---|---|---|---|---|
| | IgG | IgM | Interpretação | Conduta |
| Primeira sorologia | Reagente | Não Reagente | Imunidade remota: gestante não suscetível | Não solicitara nova sorologia |
| | Indeterminado | Não Reagente | Suscetibilidade ou infecção remota | Deve-se repetir a sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas, idealmente no mesmo laboratório e com a mesma metodologia utilizada no exame anterior. |
| | Não Reagente | Não Reagante | Suscetibilidade | Orientar prevenção primária conforme TelessaúdeRS-UFRGS, 2022, pág. 5;<br>Repetir sorologias a cada 1 a 3 meses. |
| | Reagente | Reagente/ Indeterminado | Suspeita de infecção na gestação | Encaminhar ao pré-natal de alto risco;<br>Notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);<br>Iniciar tratamento conforme idade gestacional**;<br>Solicitar teste de avidez ao IgG:<br>• Antes de 16 semanas de gestação (Anexo 1):<br>Se avidez forte: infecção adquirida antes da gestação. Suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS.<br>Se avidez fraca ou moderada/indeterminada: possibilidade de infecção adquirida na gestação.<br>Manter tratamento no pré-natal de alto risco.<br>• A partir de 16 semanas de gestação (Anexo 2): Avidez não permite excluir infecção atual. |
| | Não Reagente | Reagente/ Indeterminado | Suspeita de infecção na gestação | Encaminhar ao pré-natal de alto risco;<br>Notificar o caso<br>no SINAN;<br>Iniciar tratamento conforme idade gestacional**;<br>Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas:<br>Se IgG positiva: confirma infecção. Manter o tratamento no pré-natal de alto risco.<br>Se IgG permanecer negativo: suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS. |
| Amostras subsequentes na gestante suscetível<br><br>(IgG e IgM iniciais negativos) | Reagente | Não Reagente | Imunidade remota: gestante não suscetível. | Não solicitar nova sorologia. |
| | Não Reagente | Não Reagente | Suscetibilidade | Orientar prevenção primária conforme TelessaúdeRS-UFRGS, 2022, pág. 5; |
| | Reagente | Reagente/ Indeterminado[1] | Infecção durante a gestação. | Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional**. |
| | Não Reagente | Reagente/ Indeterminado[1] | Suspeita de Infecção aguda ou IgM falso positivo. | Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional**; Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas: • Se IgG positiva: confirma infecção. Manter o tratamento no pré-natal de alto risco. • Se IgG permanecer negativo: suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS. |

[1] Se IgM indeterminado, repetir sorologias em 3 semanas pelo método ELFA (preferencialmente) ou ELISA.
* Caso haja exames prévios e/ou não for a primeira gestação, considerar resultados anteriores na decisão.
** (< 16 semanas): Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina® comprimido revestido com 1,5 MUI, que corresponde a 500 mg de espiramicina). Trocar para esquema tríplice a partir de 16 semanas. Retorno para a monoterapia será orientado conforme avaliação em serviço de Pré-Natal de Alto Risco.
(≥ 16 semanas): Esquema tríplice: Pirimetamina 25 mg, 2cp, 1x/dia; Sulfadiazina 500 mg, 2 cp de 8/8h ou 3 cp de 12/12h; Ácido Folínico 15 mg 1x/dia. Atenção: ácido fólico não deve substituir o ácido folínico, que deverá ser usado até 1 semana após a suspensão da pirimetamina.
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022.

QUADRO 3 - Tratamento de toxoplasmose na gestação.

| ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO | | |
|---|---|---|
| **Gestação com menos de 16 semanas** | Espiramicina 500 mg, 2 cp de 8/8h<br>Administrar com alimentos. | Não cruza a barreira placentária. Tem objetivo de reduzir o risco de infecção fetal.<br>Está indicada em gestações com menos de 16 semanas ou naquelas com 16 semanas ou mais quando houver exclusão de infecção fetal*.<br>Trocar para esquema tríplice a partir de 16 semanas, se ainda não foi descartado infecção fetal.<br>Efeitos adversos: geralmente bem tolerada, mas pode ocorrer náusea, vômito, diarreia e reações cutâneas.<br>Monitorização laboratorial: não é necessária. |
| **Gestação com 16 semanas ou mais** | Sulfadiazina 500 mg 2 cp, 8/8 h ou 3 cp, 12/12h +<br>Pirimetamina 25 mg, 2 cp, 1x/dia +<br>Ácido folínico[1] 15 mg, 1 cp, 1x/dia. | Cruza a barreira placentária. Não deve ser administrado antes de 16 semanas de gestação pelo risco de teratogenicidade.<br>Está indicado para infecção materna suspeita ou confirmada em gestações com 16 semanas ou mais.<br>Deve ser usado ininterruptamente até o parto. Já está bem estabelecido que não há necessidade de suspender a sulfadiazina um mês antes do parto, como era preconizado antigamente.<br>Efeitos adversos: A pirimetamina é um antagonista do ácido fólico, podendo provocar supressão medular com anemia, leucopenia e trombocitopenia. Também pode ocorrer náusea, vômito e reações cutâneas.<br>Monitorização laboratorial: hemograma com plaquetas quinzenalmente. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022.

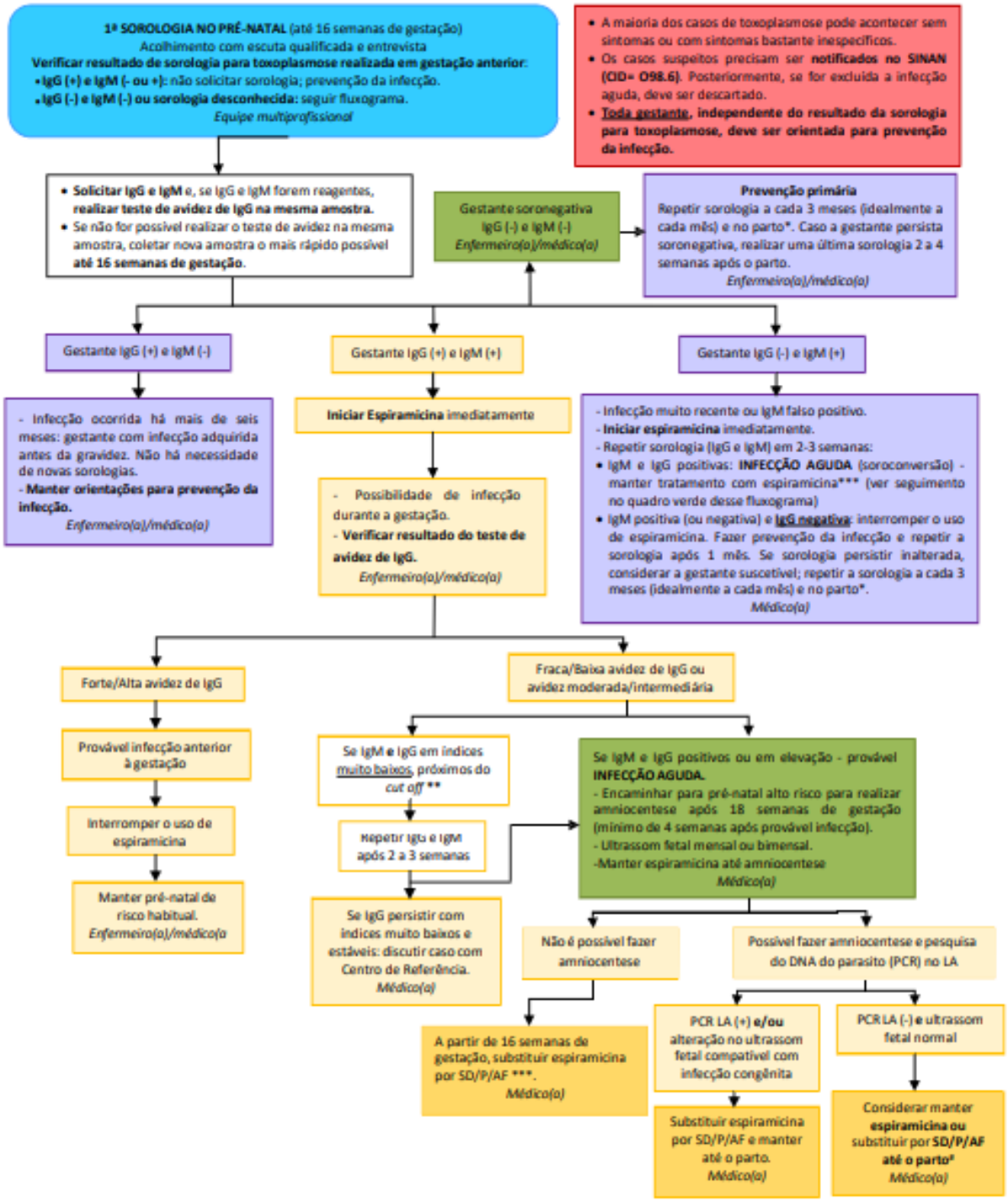
*Exclusão de infecção fetal pode ser confirmada após PCR em líquido amniótico negativo e por ultrassonografias mensais sem alterações características de infecção fetal.
[1]Ácido fólico não deve substituir ácido folínico, que deve ser administrado até uma semana após a suspensão da pirimetamina.

## REFERÊNCIAS

1 . UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: toxoplasmose na gestação: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 14 nov 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosenagestacao.pdf.

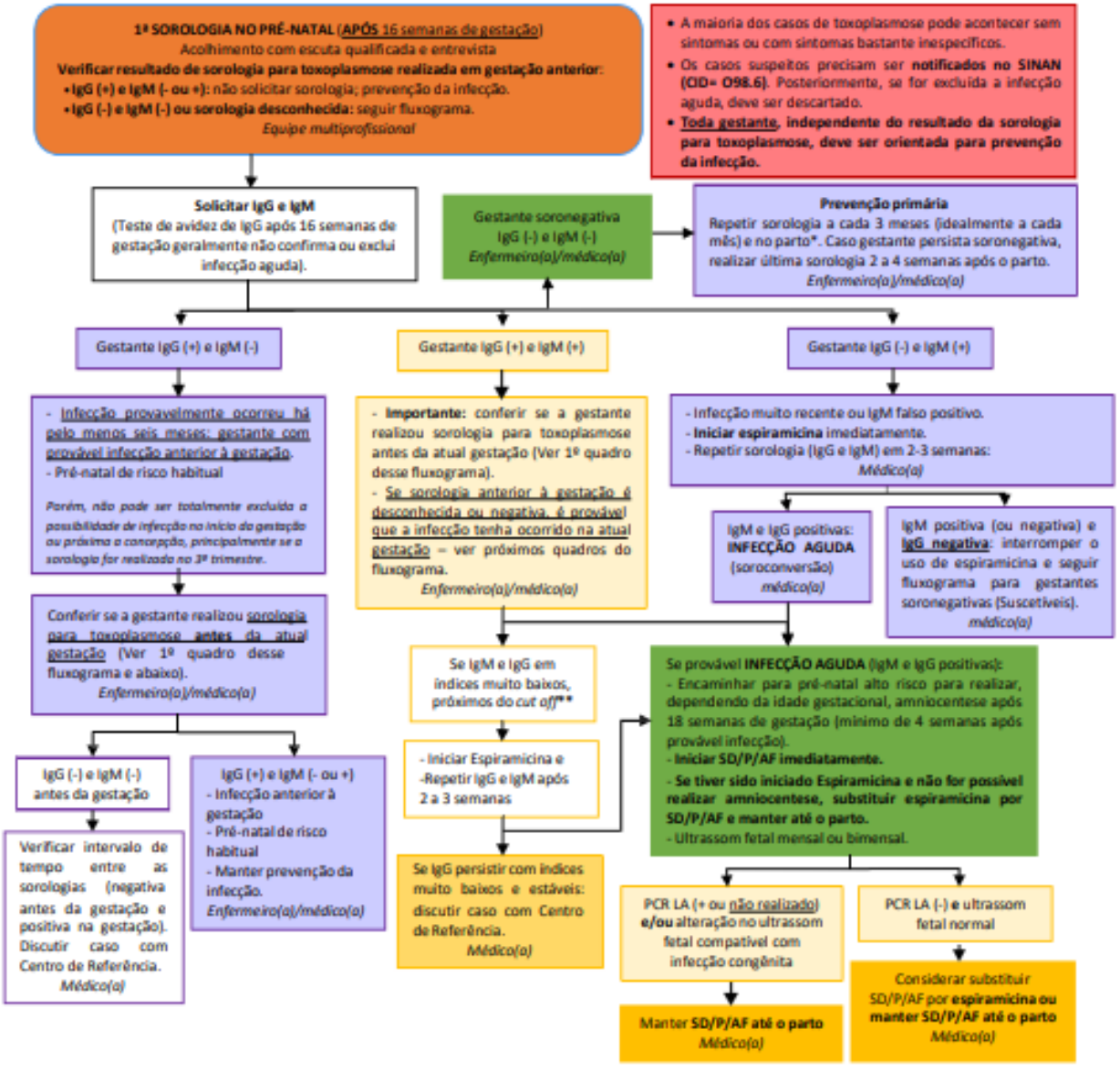
2. Muller, E.V.; Torquetti, J. D. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes atendidas em um laboratório de município do litoral do estado do Paraná, 2013JD.RBAC. 2017; 49 (2):176-80.

**FLUXOGRAMA 1 - TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO (aplica-se a gestantes imunocompetentes)**




*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.
** Possibilidade de ser IgM residual. A avidez de IgG também pode persistir baixa por longo tempo em alguns casos.
*** Se a infecção fetal for confirmada no primeiro trimestre de gestação (alteração no ultrassom fetal), o que é raro: antes de 14 semanas de gestação trocar para apenas sulfadiazina; após 14 semanas iniciar diretamente com SD+P+AF ou acrescentar P+AF, se já vinha usando a sulfa.
# Recomenda-se que infecções adquiridas no terceiro trimestre de gestação sejam tratadas com SD+P+AF independentemente do resultado do PCR em LA. SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Folínico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico
**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

## FLUXOGRAMA 2 - TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA COM MAIS DE 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO (aplica-se a gestantes imunocompetentes)




* A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.
** Possibilidade de ser IgM residual.
SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Folínico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico
**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

**Observações aplicáveis aos fluxogramas de triagem pré-natal com primeira sorologia realizada até 16 semanas e após 16 semanas de gestação:**

1) Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa **INFECÇÃO AGUDA**.
2) Valor de corte (ou ***cut-off*** em inglês) é um valor numérico, utilizado em análises toxicológicas e análises clínicas onde, os resultados das amostras que estão abaixo deste valor, são considerados negativos (não detectado/não reagente); e os resultados acima desse valor são considerados positivos (detectado/reagente).
3) Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.
4) Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior – risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.
5) Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível. Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

**RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA.**

# Anexo 3

## TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTES

| ESTADIAMENTO | ESQUEMA TERAPÊUTICO DE PRIMEIRA LINHA (NÃO GESTANTES E GESTANTES) | ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES) | ALTERNATIVA PARA GESTANTES |
|---|---|---|---|
| **Sífilis recente (até um ano de evolução)**<br>Sífilis primária;<br>Sífilis secundária;<br>Sífilis latente recente. | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) | Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 15 dias | Se gestante com história de **reação leve a moderada**, sem anafilaxia após uso de penicilina, deve-se realizar o tratamento com penicilina.<br><br>Gestantes com história comprovada de **alergia grave/anafilaxia** após o uso da penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização.<br><br>**Doxiciclina é contraindicada na gestação.**<br><br>Em situações especiais como o **desabastecimento**, para gestantes com sífilis recente (primária, secundária e latente recente), pode-se utilizar Ceftriaxona 1g, IM, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias, desde que a gestante não apresente histórico de anafilaxia/reação grave à penicilina. Para os casos de sífilis tardia ou de duração desconhecida, não existem outras opções terapêuticas na literatura. |
| **Sífilis tardia (mais de um ano de evolução ou evolução ignorada)**<br>Sífilis latente tardia;<br>Sífilis latente com duração ignorada;<br>Sífilis terciária. | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas<br>Dose total: 7,2 milhões UI, IM | Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 30 dias | |
| **Neurossífilis** | Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. | Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

## MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTES

**CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS**

**REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO**

Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de 6 meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para > 1:89 para > 1:32) ou aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16) ou persistência ou referência de sinais e sintomas clínicos.

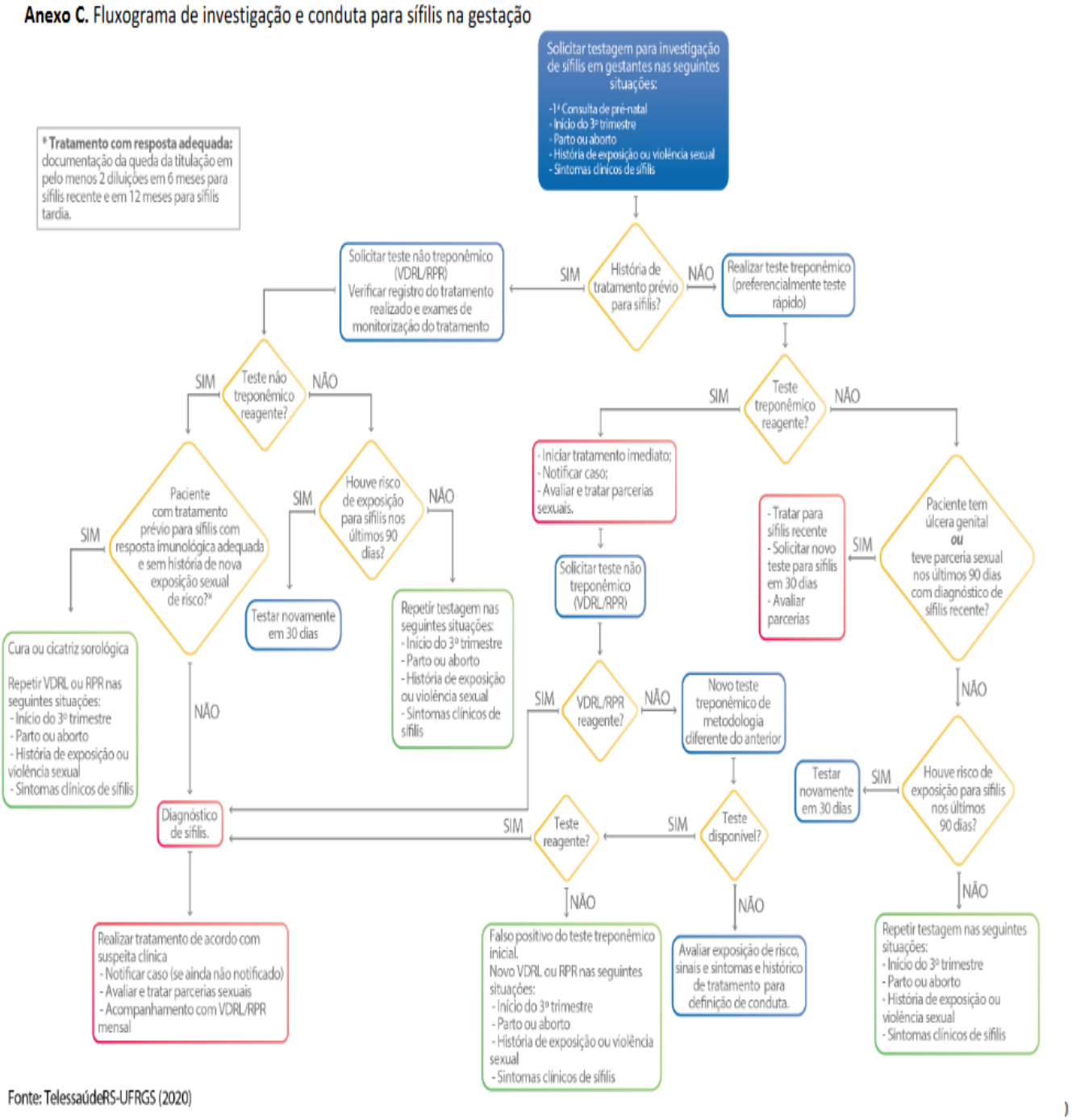
**O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com a mesma metodologia utilizada no diagnóstico.**

Resposta imunológica ao tratamento de sífilis: teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até 6 meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

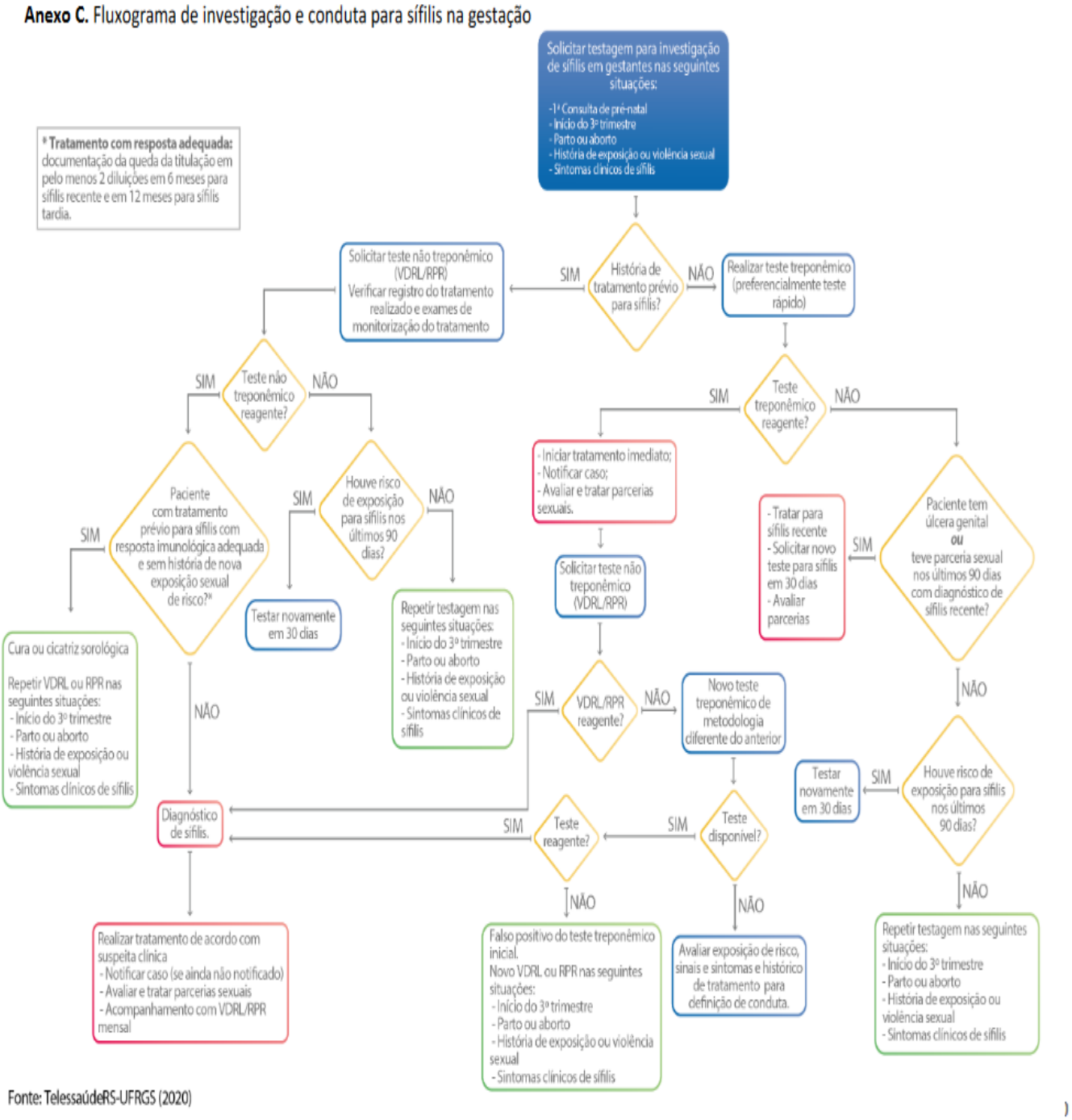
O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas, principalmente, descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configura reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

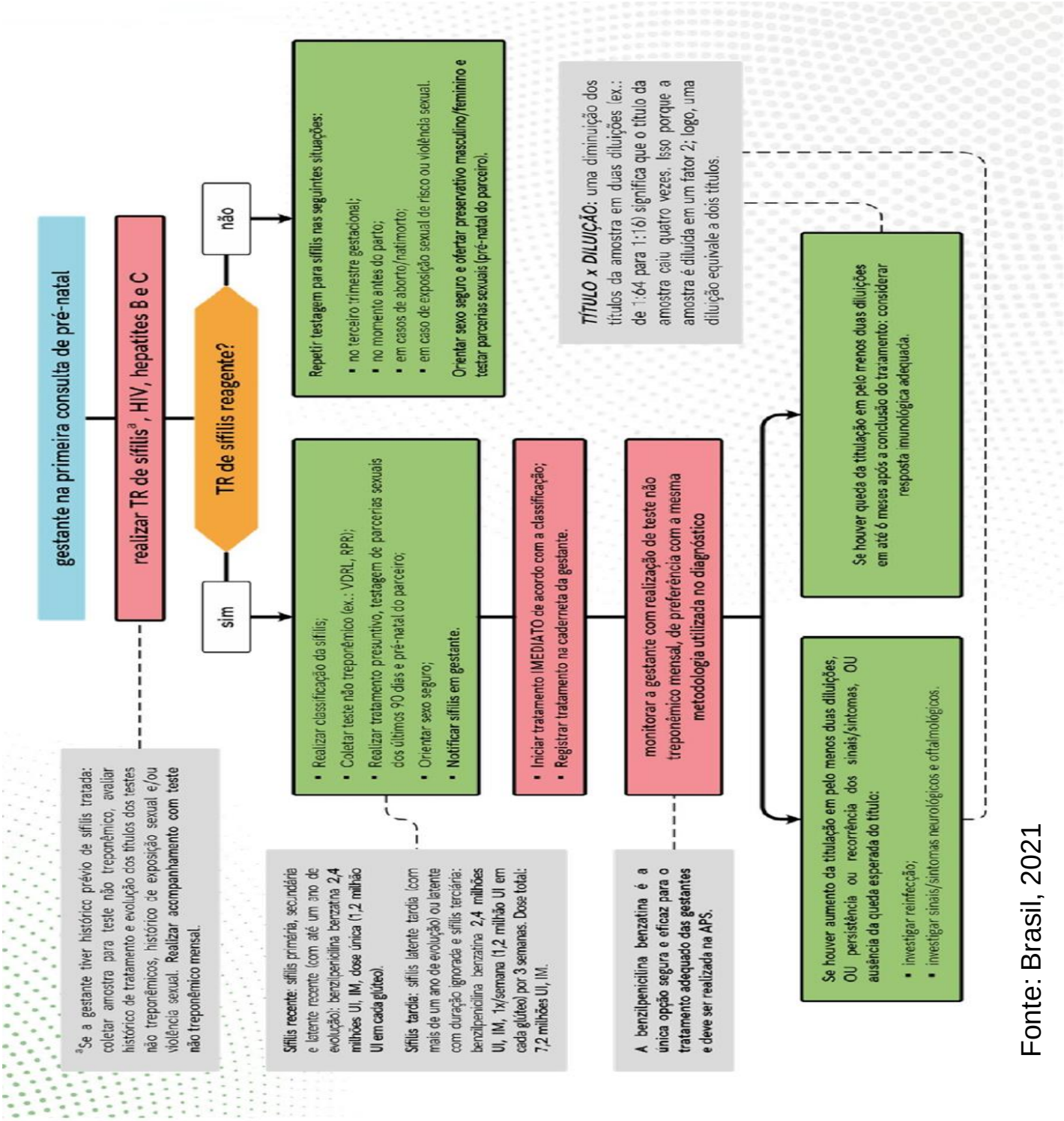
Fluxograma de investigação e conduta para sífilis na gestação



Fluxograma de investigação e conduta para sífilis na gestação



Fluxograma de Sífilis na Gestação - Condutas e Seguimento no Pré-Natal




Fonte: Brasil, 2021