



Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual da Saúde
Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)

2024



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
GUIA DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA PUBLICAÇÃO,
DESDE QUE CITADA A FONTE

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária de Estado da Saúde Adjunta

Ana Lucia Pires Afonso da Costa

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Tatiane Pires Bernardes

Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida

Gisleine Lima da Silva

Divisão da Atenção Primária em Saúde

Janilce Dorneles de Quadros

Organização e Edição:

Política de Saúde da Mulher:

Célia Adriana Nicolotti
Franciele Masiero Vasconcellos
Gabriela Dalenogare
Isaine Hoffmann Vargas
Luciane da Silva
Paulo Sergio da Silva Mario

Política de Saúde do Homem:

Talita Donatti

Colaboração:

Aline Coletto Sortica
Aline Von Der Goltz Vianna
Ana Lúcia Galbarino Amaral
Beatriz de Arruda Pereira Galvão
Carolina Dias dos Santos
Christianne Souza de Oliveira
Eliese Denardi Cesar
Francyne da Silva Silva
Gabiella Gianichini Rysdyk
Giullia Garcia de Medeiros
Guilherme Muller
Iasmin Carneiro Oliveira
Janilce Dorneles de Quadros
Juliani Gandini de Moraes

Karen Chisini Coutinho Lutz

Kátia Rodrigues da Silva

Luiza Campos Menezes

Marcela Beatriz Fadel Formoso

Maria Lucia Medeiros Lenz

Marília Ache Carlotto Brum Santos

Marlise Antunes Grahl

Matheus dos Anjos Catasblancas

Maurício Godinho Kolling

Nadiane Albuquerque Lemos

Rafaela Lara Assis

Rosângela Machado Moreira

Sara Julhia Robattini

Sthefaní Amaral Grudginski

Tamara dos Santos Guedes

Tatiana Damiani Lafin

Thales Avila Pedroso

Revisão Técnica:

Patrícia Ana Muller

Revisão textual e Normalização:

Ana Luiza Tonietto Lovato

Fernanda Barbosa Riboni

Design e Diagramação:

Isaine Hoffmann Vargas

FICHA CATALOGRÁFICA

R585g

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Divisão da Atenção Primária em Saúde.

Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)/Célia Adriana Nicolotti, Franciele Masiero Vasconcellos, Gabriela Dalenogare, Isaine Hoffmann Vargas, Luciane da Silva, Paulo Sergio da Silva Mario, Talita Donatti (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2024.

97p. il.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Pré-natal. I. Nicolotti, Célia Adriana (org.) II. Vasconcellos, Franciele Masiero (org.) III. Dalenogare, Gabriela (org.) IV. Vargas, Isaine Hoffmann (org.) V. Silva, Luciane da (org.) VI. Mario, Paulo Sergio da Silva (org.) VII. Donatti, Talita (org.) VIII. Título

NLM WY 157.3

Catálogo na fonte.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, em especial aos médicos Maria Lucia Medeiros Lenz e Maurício Godinho Kolling, pelas contribuições no processo de revisão do Guia do Pré-natal e Puerpério na APS da SES/RS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Fluxogramas:

Fluxograma 1: Sífilis em gestante	52
Fluxograma 2: Pré-natal de risco habitual	92
Fluxograma 3: Interrupção Legal da Gestação	93

Lista de Quadros:

Quadro 1 : Calendário Nacional de Vacinação da Pessoa Adulta	19
Quadro 2: Solicitação de exames complementares no pré-natal de risco habitual	26
Quadro 3: Profilaxias recomendadas	36
Quadro 4: Calendário de Vacinação da gestante	38
Quadro 5: Vacinas contraindicadas durante a gestação.....	37
Quadro 6: Diagnóstico e classificação das Síndromes Hipertensivas da gestação	44
Quadro 7: Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia.....	45
Quadro 8: Dose profilática de AAS e cálcio.....	46
Quadro 9: Medicamentos para o tratamento anti-hipertensivo	46
Quadro 10: Manejo medicamentoso da pré-eclâmpsia grave	48
Quadro 11: Classificação de risco para hemorragia puerperal	49
Quadro 12: Definições de hiperglicemia na gestação	50
Quadro 13: Definição, diagnóstico e conduta nas ITU	51
Quadro 14: Fatores de risco e critérios para instituição de tromboprofilaxia para TEV	53
Quadro 15: Estratificação de risco de pessoas gestantes.....	76
Quadro 16: Principais recomendações sobre o cuidado em saúde no puerpério	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ACE	Anticoncepção de emergência
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AGAR	Ambulatório Gestação de Alto Risco
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bacteriúria assintomática
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CP	Comprimido
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTI	Centro de Terapia Intensivo
DIU	Dispositivo intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Depressão pós-parto
DTG	Doença trofoblástica gestacional
DUM	Data da última menstruação
EQU	Exame Qualitativo de Urina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GBS	Estreptococos do grupo B
GE	Gestação Ectópica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCV	Vírus da hepatite C
HG	hiperemese gravídica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Virus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corpórea
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU	Infecção do trato urinário
IV	Intravenosa
JEC	Junção escamo-colunar
LCR	Líquido Cefalorraquidiano

MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PCT	Prova de compatibilidade e transfusional
PEAISH	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PN	Pré-Natal
PNAR	Pré Natal de Alto Risco
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RBC	Rede Bem Cuidar
RN	Recém-nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviços Ambulatoriais Especializados
SAF	Síndrome do anticorpo antifosfolípideo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TEV	Tromboembolismo Venoso
TFG	Taxa de filtração glomerular
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
TR	Teste rápido
TSH	Hormônio tireoestimulante
TVP	Trombose Venosa Profunda
US	Unidades de Saúde
USG	Ultrassonografia
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VO	Via Oral

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	11
1. PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO	13
2. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL	16
3. O ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
3.1 Princípios básicos do cuidado ao pré-natal e ao puerpério	20
3.1.1 Consulta de pré-natal	23
3.1.2 Consulta de puerpério	25
3.2 Solicitação de exames complementares	26
3.3 Profilaxias	36
3.4 Vacinação	37
3.5 Saúde bucal	38
3.6 Nutrição na gestação	39
3.7 Saúde mental na gestação e no pós-parto	40
3.8 Violência na gestação	40
3.9 Manejo das morbidades mais prevalentes na gestação	43
3.9.1 Síndromes hipertensivas	43
3.9.1.1 Manejo clínico das síndromes hipertensivas	44
3.9.2 Síndromes hemorrágicas	48
3.9.3 Hiperemese gravídica	49
3.9.4 Hiperglicemia na gestação	50
3.9.5 Infecção do trato urinário	51
3.9.6 Sífilis	52
3.9.7 Tromboembolismo venoso	53
3.10 Plano de parto	54
3.11 Vinculação	54
3.12 Registro dos dados pela APS	55

3.13 Pré-natal do parceiro	55
3.14 Atividade coletiva	56
4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	57
5. CONSULTA PUERPERAL	75
6. TELESSAÚDERS-UFRGS	80
MATERIAIS DE APOIO	81
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE I: Estrutura para assistência pré-natal efetiva	90
APÊNDICE II: Fluxograma do Pré-natal de risco habitual	92
APÊNDICE III: Fluxograma Interrupção Legal da Gestação	93
APÊNDICE IV: Plano de Parto	94

APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria Estadual da Saúde (SES), tem o cuidado materno-paterno-infantil como prioritário. O Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento de referência para os profissionais de saúde que resume as recomendações essenciais do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da SES/RS. Tem como principal função, contribuir com a tomada de decisão das equipes da APS e subsidiar as práticas do cotidiano, orientando a assistência clínica ao pré-natal e ao puerpério, por meio de critérios para a estratificação de risco e suporte para a atuação, em se tratando de gestações de risco habitual.

Nesta segunda edição, revisada e ampliada, foram considerados a literatura científica, os documentos de órgãos nacionais e internacionais da saúde e o envolvimento de diversas áreas da SES, bem como a colaboração externa através da submissão à consulta pública da sociedade em geral, do Controle Social, de profissionais de saúde e gestores(as), de representantes de movimentos sociais, pesquisadores(as), sociedades científicas e de entidades de classe, realizada no mês de dezembro de 2023.

O Guia do Pré-natal e Puerpério na APS insere-se na lógica de qualificação das Redes de Atenção à Saúde, e a contribuição se dá na esfera da integralidade do sistema de saúde, no qual as equipes das unidades de saúde possuem papel fundamental para um acesso avançado, qualificado, resolutivo, considerando a garantia de direitos, a humanização do cuidado, as questões de gênero e étnico/raciais, as singularidades das pessoas e dos territórios, as vulnerabilidades sociais, assim como a participação dos(as) parceiros(as) no pré-natal e no puerpério, a fim de propiciar a vivência de práticas de cuidado de qualidade e que promovam a saúde e a vida das pessoas.

No período de 2024 a 2027, o ciclo da Rede Bem Cuidar (RBC) será do cuidado materno-paterno-infantil e, no ano de 2024, o foco será no pré-natal. Sendo assim, a atualização do Guia é uma estratégia essencial para promover a qualificação assistencial. A RBC integra o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, dentro do componente estratégico de qualificação da APS. Na proposta de colaboração entre as gestões estadual e municipal, os trabalhadores da saúde e a população, com o objetivo de incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de APS oferecidos à população gaúcha, o Guia vem como norteador de práticas assistenciais qualificadas, baseadas em evidências e na humanização da atenção materno-paterno-infantil.

Tatiane Pires Bernardes
Diretora do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Arita Bergmann
Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), tendo o cuidado materno-paterno-infantil como prioritário, investe na organização das referências da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada, com o intuito de promover a integralidade e a equidade no acesso, visando qualificar a rede, garantir o acolhimento e a vinculação aos serviços de saúde, com melhora da resolutividade da atenção e redução da mortalidade materna, infantil e fetal, alinhada a uma perspectiva de enfrentamento ao racismo institucional e promoção de equidade, dando ênfase ao cuidado às pessoas gestantes negras e indígenas, uma vez que a razão de mortalidade materna é três vezes maior dentro desta população no Rio Grande do Sul [1,2,3,4,5].

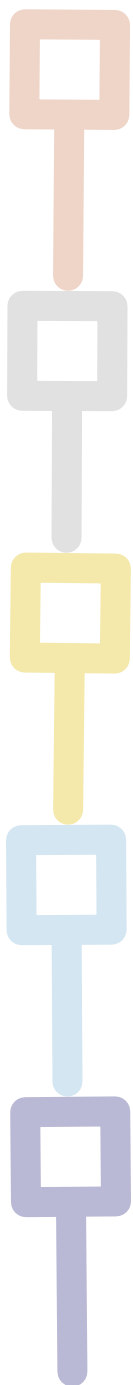
A APS é o ponto de atenção estratégico para acolher as necessidades de pessoas gestantes, puérperas e seus(as) parceiros(as), proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado da saúde sexual e reprodutiva [7,8,9].

A atenção ao pré-natal na APS deve garantir o acolhimento e início precoce do acompanhamento, assegurando o bem-estar materno, paterno e infantil e favorecer a interação com a equipe, contribuindo para estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde. Deve considerar aspectos psicossociais e contemplar, além do cuidado clínico, atividades educativas e preventivas, de forma equânime e livre de discriminação de raça e etnia, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual, cultural e de classe, possibilitando o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento de um recém-nascido (RN) saudável, sem impacto negativo para a sua saúde [7,8].

O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascimento e a sua qualidade reduz consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas [7]. As condutas clínicas para o acompanhamento do pré-natal de risco habitual e do puerpério devem seguir as orientações do Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012) [7] e dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) [8] e suas atualizações. O objetivo desse Guia é complementá-los, apresentando um conjunto de recomendações e cuidados essenciais que devem ser ofertados, independentemente de ser um pré-natal realizado no sistema público ou privado, podendo ser adaptado à realidade local.

Tomando como referência o Guia do Pré-Natal do Parceiro do Ministério da Saúde [11], nesse documento será utilizado o termo parceiro(a), entendendo que se estende a todos os homens e mulheres, pais biológicos ou não, cisgêneros ou transgêneros, gays, bissexuais, lésbicas ou heterossexuais, independentemente de raça, cor, origem ou classe social, mas que se colocam ao lado de uma pessoa que gesta, apoiando e cumprindo sua função de parceiro(a) no exercício da parentalidade e reconhecendo os diversos arranjos familiares e todas as possibilidades de desenhos de famílias.

O Guia está dividido nas seguintes seções:



1. PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO

2. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL

3. ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

5. CONSULTA PUERPERAL

1. PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO

Direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, que devem ser assegurados sem distinção de situação social, raça, cor, etnia, nacionalidade, cultura, religião, gênero, orientação sexual ou outro. No Brasil, o Planejamento Sexual e Reprodutivo está regulamentado pela Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 1996, atualizada pela Lei nº 14.443 de 2022 [10].

A APS deve estar preparada para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, utilizando-se de ações clínicas preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Deve-se incluir e valorizar a participação do parceiro(a) no planejamento, sabendo-se que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais não devem ser assumidas apenas pelas mulheres [8,11]. Um planejamento sexual e reprodutivo adequado só é possível quando há acesso a informações de qualidade sobre a fecundidade e o corpo, bem como acesso aos recursos necessários.

A equipe multiprofissional deve orientar individual e/ou coletivamente pessoas em idade fértil, considerando os aspectos biopsicossociais, culturais e transgeracionais relacionados ao livre exercício da sexualidade e à reprodução. As orientações devem contemplar temas como direitos sexuais e reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais, papéis sociais e projeto de vida, além de reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento e riscos implicados em certas práticas sexuais [8].



Durante a adolescência, a sexualidade e a reprodução devem ser tópicos prioritários nas ações de promoção de saúde. As orientações sobre estes temas, próprios do desenvolvimento, podem ser realizadas tanto individualmente quanto em atividades coletivas, preferencialmente em parceria com as escolas [12,13,14]. Para mais informações sobre os direitos sexuais e reprodutivos na adolescência, consultar a [Nota Técnica Estadual 01/2018 - Adolescentes e o direito de acesso à saúde](#) [14].



Nas consultas ou nas atividades coletivas, os preservativos também devem ser ofertados pela equipe de saúde com ênfase na importância da dupla proteção, com a prevenção das gestações não intencionais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As Unidades de Saúde (US), também são responsáveis pelas articulações das ações de prevenção no território, incluindo a distribuição desses insumos em locais públicos, como casas noturnas, bares, escolas e outros.

A equipe multiprofissional deve orientar sobre todos os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis, informando a eficácia, modo de uso, possíveis efeitos adversos e contraindicações, garantindo que a comunicação seja efetiva, se necessário com a presença de intérprete de LIBRAS ou atendente pessoal de escolha da pessoa, bem como intérprete de idioma nos casos de migrantes e indígenas [15].

O método recomendado é o que melhor se adapta às necessidades de cada pessoa, considerando fatores individuais e contexto de vida no momento da orientação [8]. As consultas de planejamento sexual e reprodutivo também podem ser oportunidade para atualização da Caderneta de Vacinação.

Atualmente, no Sistema Único de Saúde (SUS), são disponibilizados **preservativos internos e externos** e gel lubrificante, que devem ser ofertados em livre demanda e com fácil acesso, sem restrição de quantidade e sem a dependência de identificação ou comprovação de idade; **anticoncepcionais injetáveis** (Estradiol 5 mg + Noretisterona 50 mg e Medroxiprogesterona, acetato 150 mg); **contraceptivos orais** (Etinilestradiol 0,03 mg + Levonogestrel 15/75 mg e Noretisterona 0,35 mg) e **DIU de cobre**. Pessoas transexuais e travestis devem ser orientadas que a hormonização não é considerada uma estratégia de contracepção efetiva [16].

É também disponibilizada a **anticoncepção de emergência (ACE)** (Levonorgestrel 0,75 mg) em todas as US e serviços de saúde de atendimento 24 horas. A ACE deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida, com limite máximo de 5 dias. A oferta da ACE deve ocorrer sempre que necessário, com orientações sobre a recorrência de sua administração. É importante aproveitar a oportunidade para abordar e orientar sobre métodos de contracepção de uso continuado [7,8].



A não utilização de anticoncepção também sugere que não houve prevenção das IST/HIV/Aids. Nesse caso, é necessário avaliar a utilização da **Profilaxia Pós-Exposição (PEP)**, com início em até 72 horas após a relação sexual desprotegida, assim como encaminhamento para a rede de atendimento [8].

A oferta de ações de planejamento reprodutivo faz parte da promoção da saúde reprodutiva, pois minimiza riscos.

A multiparidade, 2 ou mais cesáreas prévias, intervalo interpartal < 2 anos e a presença de comorbidades, são exemplos de fatores de risco reprodutivo [17]. Para essas pessoas, os métodos contraceptivos recomendados são os mais seguros e mais efetivos, sendo eles o DIU e os implantes subdérmicos, dentre os reversíveis de longa duração, e a laqueadura tubária na classe dos irreversíveis. Salienta-se a importância da orientação durante o pré-natal e puerpério, utilizando esses momentos como janelas de oportunidade para esclarecimento de dúvidas, garantindo a autonomia da pessoa que gesta [18].

Métodos cirúrgicos como a **laqueadura** e a **vasectomia**, em articulação com a atenção especializada, também são ofertados pelo SUS. A Lei nº 14.443, de 2022 [10], definiu novas condições para esses procedimentos. As principais mudanças foram:

- Não é mais necessário a autorização da parceria, em caso de sociedade conjugal;
- A idade mínima passou de 25 para 21 anos OU ao menos dois filhos vivos;
- A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção deve se dar em, no máximo, 30 dias;
- A laqueadura durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.



NOTA TÉCNICA



Permanece válida a indicação da Lei nº 9.263 de 1996 [10], quanto a realização de laqueadura no momento do parto diante de risco à vida ou à saúde da pessoa gestante ou do bebê.

2. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL

A abordagem de planejamento da gestação tem como objetivo identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução esperada de uma futura gestação. Constitui um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil [7,8]. A abordagem pré-concepcional deve contemplar algumas orientações importantes, como:

Orientação nutricional visando a adequação, em tempo oportuno, do índice de massa corporal da pessoa que deseja gestar (em situações de baixo peso, IMC menor que $18,5\text{kg/m}^2$, ou sobrepeso e obesidade, IMC maior que 30kg/m^2). Nos casos pós-cirurgia bariátrica, a recomendação é adiar a gestação até que apresente estabilidade no peso, o que normalmente ocorre um a dois anos após [17];

Estimular hábitos saudáveis e controle glicêmico (atividade física, alimentação saudável) e **cessação do tabagismo e de álcool e outras drogas**. Nesses casos, é importante os profissionais estarem atentos às características únicas, tanto psicológicas quanto sociais. Ofertar recursos e possibilidades terapêuticas disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando necessário;

Orientação quanto ao uso de medicamentos. **Fármacos potencialmente teratogênicos devem ser evitados**, quando possível. Se necessário mantê-los, iniciar ou dar seguimento a medicamentos com menores efeitos sobre o feto. Homens transsexuais que desejam gestar devem interromper hormonização [16];

Avaliação das condições de trabalho, visando os riscos nos casos de **exposição a agentes** físicos (ex: frio, exposição à radiação), químicos (ex: poeira, agrotóxicos) e biológicos (contato permanente com pacientes, animais);

Orientação sobre o ciclo menstrual, com o objetivo de explicar o **cálculo do período ovulatório** (orientar para o registro sistemático das datas das menstruações; incentivar para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos);

Orientar **suspensão de métodos anticoncepcionais e avaliar as práticas sexuais** (frequência de relações sexuais, prática de sexo vaginal com ejaculação, uso de lubrificantes e de duchas após a relação e outros);

Orientar sobre os riscos relacionados ao adiamento da gestação, como infertilidade, aneuploidia fetal, aborto espontâneo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e natimortalidade;

Administração preventiva de ácido fólico na dose de 0,4 mg, via oral, 1x/dia, 30 dias antes da tentativa de concepção e até a 12ª semana da gestação [19]. Pacientes com fatores de risco de desenvolver distúrbio de tubo neural (história de malformação em gestação anterior, história pessoal ou familiar de distúrbio de tubo neural, condições médicas maternas associadas à diminuição de absorção de ácido fólico, como cirurgia bariátrica, uso de anticonvulsivantes, como ácido valpróico e carbamazepina) devem ser orientadas para a suplementação diária de ácido fólico, na dosagem de 4-5 mg, pelo menos 30 dias antes da tentativa de concepção e até a 12ª semana da gestação. Após a 12ª semana, deve-se avaliar dosagem pela condição de base, conforme Manual de Gestação de Alto Risco (2022) [17,19];

Investigação laboratorial para toxoplasmose e rubéola (ou histórico vacinal), e investigação para HIV, sífilis, hepatites B e C para o casal (prover imunização prévia à gestação, tanto para a pessoa que deseja gestar quanto para o parceiro(a)) [8]. Se a pessoa que deseja gestar teve sífilis no passado, avaliar se tratamento foi adequado por meio dos exames de VDRL de monitoramento devidamente registrados. É fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. Espera-se diminuição na titulação do VDRL em 2 diluições em até 6 meses (sífilis recente) ou em até 12 meses (sífilis tardia). Mais informações no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2022) [20]:



O rastreamento de outras IST, como Clamídia e gonococo, deve ocorrer em situações/populações específicas, como as que estão em uso de PEP ou com sintomatologia de IST. Outros subgrupos com indicação podem ser consultados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2022) [20]. O rastreamento por Clamídia e gonococo deve ser feito por biologia molecular e a pesquisa de acordo com a prática sexual;

Em caso de diagnóstico de **doença falciforme**, é importante informar sobre a interrupção do uso da hidroxiuréia [21] e a condução da futura gestação em conjunto com os serviços de Pré-natal de Alto Risco. Ofertar os cuidados à pessoa com doença falciforme conforme o quadro de saúde;



Realização de **citopatológico do colo uterino**, se necessário, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero [22] ou suas atualizações; No caso de homens transsexuais, a atrofia vaginal e cervical, devido ao uso de testosterona, pode gerar maiores desconfortos. Alguns cuidados como tamanho do espécule, que deve ser extra pequeno, são importantes [16];

Controle das condições clínicas preexistentes, como o diabetes, hipertensão arterial, depressão, epilepsia e HIV/Aids;

Pessoas vivendo com HIV/Aids devem ser orientadas pela equipe dos serviços especializados em HIV/Aids sobre estratégias de prevenção da transmissão vertical do HIV, incluindo abordagem pré-concepcional, orientações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. A parceria sexual deve ser orientada para a tomada de decisões conscientes sobre os benefícios e riscos relacionados às opções de concepção mais seguras. Para mais informações consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [23], ou suas atualizações;



Em situações de infertilidade, consultar o Protocolo de Encaminhamento para Infertilidade (2017) [24] ou suas atualizações; A infertilidade é definida como a incapacidade do casal gestar após 12 meses de relação sexual sem métodos contraceptivos, se a mulher tem menos de 35 anos, ou após 6 meses, quando a mulher tem 35 anos ou mais;

Prover a imunização prévia à pessoa que deseja gestar e ao parceiro(a). Orientar que as vacinas, tais como tríplice viral, varicela, febre amarela e HPV, são contraindicadas na gestação. Recomenda-se adiar a gestação por um período de 30 dias, no caso de administração de vacina de vírus vivos atenuados. As consultas pré-concepcionais podem ser a oportunidade para atualização da caderneta de vacinação da pessoa que deseja gestar e do parceiro(a);

Quadro 1 : Calendário Nacional de Vacinação da Pessoa Adulta

VACINA	ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO	IDADE RECOMENDADA
Hepatite B (HB - recombinante)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	****	Idade adulta - a qualquer tempo
Difteria e Tétano (dT)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	A cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	Idade adulta - a qualquer tempo
Febre Amarela (VFA - atenuada)	Dose única, caso não tenha recebido nenhuma dose até os 5 anos	Reforço caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	Idade adulta - a qualquer tempo
Tríplice viral	Duas doses. Verificar situação vacinal anterior Uma dose. Verificar situação vacinal anterior	****	20 a 29 anos 30 a 59 anos
Varicela (VZ _{1,2} - atenuada)	Uma ou duas doses a depender do fabricante	****	A partir dos 18 anos
Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular) ¹	Uma dose	A cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	A partir dos 18 anos

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023c) [25].

¹ Vacinas Varicela e dTpa estão indicadas para trabalhadores(as) de saúde e em situações especiais via Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

² Vacinas Varicela e Pneumo 23 são indicadas para pessoas indígenas, conforme situação vacinal. Mais informações no Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas (2023) [26], ou suas atualizações.

3. O ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1 Princípios básicos do cuidado ao pré-natal e ao puerpério:

- A APS deve garantir o acesso para a pessoa que busca a **confirmação da gestação**. O atendimento deve ser realizado com descrição e respeito em qualquer horário e dia da semana, de maneira ágil e sem adiar a realização dos testes de gravidez e ISTs;
- A pessoa gestante deve ser atendida sempre que houver uma **intercorrência, independentemente do calendário** estabelecido para a consulta, e encaminhada ao Hospital ou Maternidade de referência, quando necessário;
- A pessoa gestante deve ser estimulada a escolher um(a) **acompanhante** e informada sobre o seu direito de levá-lo(a) às consultas de pré-natal, exames e procedimentos médicos [15,27];
- A APS deve garantir acesso equânime ao pré-natal, com atenção especial ao **enfrentamento ao racismo**, por ser um dos fatores estruturantes da mortalidade materna de mulheres negras e indígenas;
- Recomenda-se que os serviços de saúde assegurem às pessoas gestantes **surdas ou com deficiência auditiva** o direito à presença de **intérprete de LIBRAS ou atendente pessoal** de sua escolha nas consultas e exames de pré-natal. A presença de um intérprete do seu idioma, sem prejuízo do direito ao acompanhante, também se aplica às pessoas gestantes **migrantes e indígenas** que apresentem barreiras de comunicação [15];
- No caso de **indígenas aldeados**, o acompanhamento do pré-natal de risco habitual é realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, vinculadas à Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde. Em alguns casos, esse cuidado será compartilhado com a APS municipal, a depender das pactuações locais das equipes.
- O **estabelecimento prisional que não possui equipe de Atenção Primária Prisional** deve encaminhar as pessoas gestantes à unidade de saúde (US) do território para atendimento pré-natal de risco habitual [28];

- No caso de **gestações de homens trans/transmasculinos**, podem ocorrer desconfortos advindos de preconceitos e discriminações relacionadas à identidade de gênero. O acolhimento em saúde mental pode ser complementar ao pré-natal, caso necessário. Recomenda-se também atenção aos casos de **hormonização cruzada com testosterona ou derivados**. Pelo potencial teratogênico, esse processo deve ser interrompido durante a gestação [16];
- No atendimento às **pessoas gestantes em situação de rua**, as unidades de saúde devem colocar em prática estratégias para a garantia de acesso, mesmo que no território não haja equipes de Consultório na Rua para compartilhar o cuidado. Incluir abordagens multissetoriais de saúde e Assistência Social e outros órgãos envolvidos na garantia dos direitos humanos [29];
- A equipe da APS deve prestar **cuidado integral e compartilhado** com todos os profissionais da unidade, contemplando a proteção, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a escuta qualificada das necessidades no decorrer da gestação, proporcionando atendimento humanizado e com uma abordagem centrada na pessoa gestante, considerando experiências e representações prévias relacionadas à saúde, doença e maternidade. Buscando sempre a individualidade de cada contexto (família, trabalho e comunidade) e assim estabelecendo o vínculo;
- A **comunicação** entre os profissionais de saúde, usuárias, parceiros(as) e famílias é essencial e deve-se utilizar métodos simples e culturalmente aceitáveis, visando garantir a tomada de decisões informada sobre o acompanhamento e/ou tratamento, em parceria com os profissionais de saúde. Devem ser garantidas oportunidades para discutir preocupações e dúvidas; identificar como a pessoa se sente em relação à gestação e ao bebê e confirmar o seu entendimento sobre as informações prestadas;
- Propiciar um ambiente favorável para que as pessoas que gestam consigam **discutir questões íntimas**. Os profissionais devem estar atentos aos **sinais e sintomas de violência** e considerar o contexto social, familiar e comunitário;
- As pessoas que gestam e seus parceiros(as) devem ser estimuladas a participar de **grupos educativos** sobre planejamento reprodutivo, gestação, preparação para o parto, amamentação, saúde mental, enfrentamento das violências e outros. É importante considerar a distância entre a comunidade e o local onde são realizados os grupos e a possibilidade de identificar dispositivos parceiros;

- Nos casos de **gestação não intencional**, que a pessoa não quer ou não pode seguir gestando, os profissionais de saúde devem acolher e aconselhar sem discriminações, ofertando informações confiáveis e compreensíveis. Ver mais no Fluxograma do Pré-natal de risco habitual (pág. 92).
- É obrigatório registro clínico em **prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante** de todas as condutas e abordagens desenvolvidas na APS. **Os registros devem ser completos e legíveis**, com data, e conter as informações sobre o que tem sido avaliado durante as consultas de pré-natal, servindo como ferramenta importante para a continuidade do cuidado e para o manejo da gestação em outros serviços de saúde. Além disso, a Caderneta possui informações educativas para a pessoa gestante e sua família;
- No último trimestre gestacional, devem ser adotadas estratégias tais como a construção do **Plano de Parto** (ver mais nas pág. 54 e 96) e **visita antecipada à maternidade de referência**, visando estabelecer vínculo entre as pessoas gestantes e o serviço de referência para o parto;
- Caso uma pessoa gestante que esteja realizando pré-natal particular, ou na saúde suplementar, preencha as condições para ser encaminhada ao **Pré-natal de Alto Risco**, ela deve ser inserida na rede e ter o encaminhamento realizado pela APS, conforme sua necessidade;
- O pré-natal é um cuidado contínuo. Nos casos em que houver necessidade de atendimento em serviços de atenção secundária ou terciária, a pessoa gestante deve permanecer em acompanhamento pela **APS, responsável pela coordenação do cuidado**. A APS deve realizar o monitoramento da efetiva realização do Pré-natal de Alto Risco no Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) referenciado;

Não existe alta do pré-natal, tanto de risco habitual quanto de alto risco! Mesmo que uma gestante de alto risco possa ter indicação de parir numa maternidade de risco habitual, devido às condições para o parto naquele momento, o AGAR segue sendo responsável, de maneira compartilhada com a APS, por esse acompanhamento até a sua resolução.

3.1.1 Consulta de pré-natal:

- O Ministério da Saúde recomenda um número mínimo de **seis consultas de pré-natal** (intercaladas entre profissionais médicos e enfermeiros), com início precoce (primeira consulta deve ocorrer no primeiro trimestre, até a **12ª semana gestacional**). O início oportuno do pré-natal é essencial para intensificar a relação entre a equipe e usuárias(os), auxiliar no diagnóstico precoce de alterações, realizar de intervenções adequadas e identificar expectativas em relação à gestação [7,8];
- As consultas de pré-natal devem ser:
 - Mensais, até a **28ª semana gestacional**;
 - Quinzenais, até **36ª semana**;
 - Semanais, a partir da **36ª semana até o parto**;
- O número de consultas, isoladamente, não garante a qualidade do pré-natal. **A cada consulta** deve-se propiciar um espaço de acolhimento, identificar rede de apoio, realizar anamnese e exame físico, verificar a pressão arterial, peso e altura uterina, batimentos cardíofetais e movimentos fetais, solicitar exames para rastreamento e complementação da avaliação clínica, **estratificar o risco gestacional**, oferecer as vacinas e profilaxias necessárias, além de acompanhar a adesão a tratamentos que tenham sido instituídos. A preparação das pessoas para vivenciarem uma experiência positiva de parto e nascimento também faz parte do acompanhamento pré-natal.
- A **busca ativa** é uma estratégia fundamental, de **atribuição comum aos profissionais da APS**. Nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais às pessoas gestantes, incluindo as que estão em situação de rua, podendo envolver outros profissionais da equipe a depender de cada situação [7]. É uma importante estratégia quando há faltas nas consultas, para estreitar vínculos e compreender as situações individuais. Nos municípios onde o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) estiver implantado, as(os) visitadoras(es) podem contribuir nessa ação, por indicação das equipes da APS, prioritariamente para gestantes indígenas, migrantes, negras, gestantes em vulnerabilidade social e em gestação de alto risco;
- A **doença falciforme** é a doença hereditária mais comum do Brasil, sendo predominante entre pessoas pretas e pardas. É potencialmente grave para pessoas gestantes e para o feto. Estes casos devem ser encaminhados ao **Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) tipo II**, para acompanhamento especializado multiprofissional [21, 30];

- **O pré-natal deve garantir diagnóstico precoce e longitudinalidade no cuidado nos casos de hipertensão e diabetes**, em especial de pessoas negras, uma vez que estas são as mais acometidas por estes agravos que podem ocasionar desfechos obstétricos negativos;
- É importante atentar também para a **saúde integral da pessoa**, não somente para aspectos relacionados à gestação em si;
- Independentemente da idade gestacional (IG), deve ser realizado o **exame clínico das mamas** durante o pré-natal e, caso seja identificada alguma alteração suspeita, ser oferecido exame de ultrassom, considerada a necessidade de mamografia (com proteção abdominal) e biópsia. O câncer de mama durante a gestação é raro, mas não deve ser subestimado;
- Se a mulher for diagnosticada com alguma patologia que ofereça risco a sua vida, se houver o diagnóstico de anencefalia ou se a gravidez for resultado de violência sexual, deve ser ofertada a interrupção legal da gestação (aborto legal) conforme direito pelo Código Penal Brasileiro (1940); ADPF, nº 54 (2012) [31,32];



- O pré-natal é uma oportunidade para ofertar a realização dos **testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites B e C e atualização do calendário vacinal** para o parceiro(a) [11];
- Durante o pré-natal, deve-se abordar a necessidade do **retorno precoce à APS**, após o parto.

3.1.2 Consulta de puerpério:

- O período de realização da primeira consulta após o parto (entre o 3º e o 5º dia após o parto) deve ser respeitado para que seja garantida uma intervenção oportuna, uma vez que na primeira semana pós-parto é o período em que ocorrem a maior parte das situações de morbidade e mortalidade materna [7,8];
- A morbidade e a mortalidade materna seguem sendo um problema de saúde pública e sua redução depende da garantia de acesso a cuidados de qualidade durante o pré-natal, parto e pós-parto. Neste sentido, o puerpério também precisa ser reconhecido como um momento estratégico;
- A APS precisa identificar alterações ocorridas no parto e pós-parto imediato, tais como os procedimentos realizados, medicações utilizadas e/ou prescritas, existência de intercorrências e a estratificação de risco do recém-nascido;
- Após a alta hospitalar a APS deve realizar a visita domiciliar e/ou agendar a primeira consulta puerperal e o primeiro atendimento do recém-nascido.
- Deve-se realizar exame físico criterioso, ter atenção aos sinais de alerta, queixas e aos problemas comuns no pós-parto, ofertando as orientações necessárias para se evitar complicações como infecções, favorecendo a prevenção de agravos e a detecção precoce de situações inesperadas;
- Caso a pessoa apresente infecção em laceração, episiotomia ou na ferida operatória, bem como demais complicações do puerpério, e a APS identifique a necessidade de avaliação por profissional em outro nível assistencial, deve ser realizado o encaminhamento para o serviço especializado no município ou para a Maternidade de referência;
- Questões de vulnerabilidade física, mental, social e ambiental às quais a pessoa puérpera e o recém-nascido possam estar expostos, precisam ser observadas pela APS e devem ser utilizados os recursos das redes de saúde e intersetorial, caso necessário.

3.2 Solicitação de exames complementares:

Os exames laboratoriais e de imagem, com realização e acesso aos resultados em tempo oportuno, são fundamentais para complementar a avaliação e a anamnese, para embasar a estratificação de risco da gestação e a conduta profissional.

A seguir, estão elencados os exames mínimos para garantir uma assistência pré-natal de qualidade. Devem ser solicitados por profissionais médicos e enfermeiros que realizam o acompanhamento da pessoa gestante e do(a) parceiro(a). Outros exames podem ser incluídos, conforme rotina estadual ou municipal, e de acordo com a avaliação profissional e capacidade instalada do município.

Quadro 2. Solicitação de exames complementares no pré-natal de risco habitual

1ª CONSULTA

EXAME	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER?
Hemoglobina (0202020304) e Hematócrito (0202020371)	Normal: Hemoglobina > 11g/dl Anemia leve e moderada: Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl Anemia grave: Hemoglobina < 8 g/dl	Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina conforme <u>Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres</u> [8]. Anemia grave ou sem melhora após tratamento: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
Eletroforese de hemoglobina (0202020355)	HbAA: Normal, sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme.	Pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações sobre a condição genética pela equipe da APS. Solicitar eletroforese de hemoglobina para o(a) parceiro(a). Doença falciforme: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco tipo II.
Tipo sanguíneo (0202120023) e Fator Rh (0202120082)	Tipo sanguíneo + fator Rh positivo: A(+), B(+), AB(+), O(+). Tipo sanguíneo + fator Rh negativo: A(-), B(-), AB(-), O(-).	Realizar exame de Coombs indireto se: fator Rh negativo ou antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh.

Urina tipo I (0202050017)	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco, se necessário. Proteinúria: • Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-natal de Alto Risco. • Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: encaminhar à emergência obstétrica. • Proteinúria maciça: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. • Pielonefrite: encaminhar à emergência obstétrica. • ITU refratária ou de repetição: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
PCR para clamídia e gonococo Pessoa gestante ≤30 anos ou >30 anos com fatores de risco¹	Negativo: normal. Positivo: presença de Chlamydia trachomatis e/ou Neisseria gonorrhoeae.	Coleta e envio para a rede de laboratório pactuada na <u>Resolução nº 497/23 - CIB/RS</u>. Nos casos positivos, tratar conforme <u>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis</u> [20] ou suas atualizações. ¹ Novo parceiro(a) sexual nos últimos 60 dias, múltiplos parceiros(as) sexuais simultâneos, parceiro(a) sexual com IST, não uso ou uso inadequado de preservativo, trabalhadoras do sexo, uso abusivo de álcool e outras drogas, HIV positivo, história prévia de IST.
TSH Para pessoa gestante com fatores de risco¹ A triagem universal de gestantes assintomáticas para doenças da tireoide não é recomendada	Valores normais (na ausência de valores estabelecidos pelo laboratório): 1º trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L 2º trimestre: 0,2 a 3 mU/L 3º trimestre: 0,3 a 3 mU/L	Tratar conforme diagnóstico e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco se: suspeita de tireotoxicose gestacional, na indisponibilidade de exames de anticorpo TRAb; hipotireoidismo primário, usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, sem controle adequado; diagnóstico de hipertireoidismo franco ou hipertireoidismo subclínico, afastada tireotoxicose gestacional transitória; suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo). ¹ pessoa gestante >30 anos, hipotireoidismo e hipertireoidismo, IMC ≥40kg/m², radiação de cabeça ou pescoço, doença/cirurgia de tireoide/anti-TPO reagente, diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes, abortamento/perda fetal, parto prematuro, infertilidade, ≥2 gestações anteriores, uso de amiodarona ou lítio, administração recente de contraste radiológico iodado, história familiar de doença autoimune da tireoide ou disfunção da tireoide, pessoa gestante vivendo em área com insuficiência de iodo moderada a grave conhecida.

Glicemia em jejum (0202010473) Se a 1ª consulta ocorrer com < de 24 semanas: realizar glicemia de jejum Se a 1ª consulta ocorrer a partir de 24 semanas: realizar TOTG 75g imediatamente	< 92 mg/dl: normal De 92 - 125 mg/dl Diabetes Mellitus Gestacional. ≥ a 126 mg/dl – Diabetes Mellitus na gestação (prévio)	Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade física apropriada). Realizar TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas. DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2h após as principais refeições, com os seguintes valores de referência: jejum <95mg/dL e 2h após <120mg/dL. Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2 semanas) ou associado à hipertensão ou macrosomia fetal: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
Urocultura (0202080080) e Antibiograma (0202080013)	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por/ml (UFC/ml). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/ml. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar conforme antibiograma.

Teste rápido (TR) para Sífilis (treponêmico)* (0214010082) ou VDRL (não treponêmico) (0202031110) * em caso de TR reagente, um VDRL deve ser realizado	TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para Sífilis. TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação. *O diagnóstico de sífilis deve contemplar um exame treponêmico e não treponêmico, além do histórico clínico e epidemiológico, o 1º exame sendo reagente, o outro deve ser coletado de imediato.	Nota: O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. Os parceiros(as) sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano. Ver tratamento, monitoramento e notificação na pág. 52.
---	---	--

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Teste não treponêmico mensal Teste não treponêmico mensal
Sífilis latente tardia (mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.	
Neurossífilis	Benzipenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Teste rápido para detecção de HIV (0214010040)	Não Reagente: Não Reagente para HIV. Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (diferente marca), TR1 e TR2 reagentes = Amostra Reagente para HIV. Discordante: TR1 reagente, TR2 Não Reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.	Iniciar Terapia Antiretroviral, ver mais na pág. 67. Encaminhar gestante para SAE de referência para cuidado compartilhado. Manter acompanhamento pré-natal na APS. A notificação é obrigatória a cada gestação.
Teste rápido para Hepatite C (0214010090)	Não reagente: normal. Reagente: contato prévio com o HCV.	Complementar o diagnóstico por meio de teste molecular. A notificação é obrigatória.
Teste rápido para Hepatite B (0214010104)	Não reagente: normal. Reagente: suspeita de infecção por hep. B.	HBsAg não reagente e sem registro de vacina de hepatite B: devem iniciar ou completar o esquema vacinal em qualquer idade gestacional. HBsAg reagente: completar o diagnóstico por meio de teste molecular. Nos casos positivos, tratar conforme <u>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e coinfeções</u> [33] ou suas atualizações. A notificação é obrigatória.
Toxoplasmose IgG e IgM (0202030768 e 0202030873) 1ª consulta e na sequência conforme resultados dos exames	• 1. IgM não reagente e IgG reagente: imunidade remota/gestante com infecção antiga ou toxoplasmose crônica. • 2. IgM e IgG não reagente: suscetível. • 3. IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção. • 4. IgM reagente e IgG não reagente: infecção muito recente ou falso positivo. • Soroconversão: gestante suscetível, que em sorologias subsequentes tem positividade de IgM ou ambos anticorpos (IgM e IgG).	1. Não é necessário repetir sorologia/manter pré-natal na APS. 2. Orientar medidas de prevenção/repetir sorologia no próximo trimestre (idealmente a cada mês e no parto)/seguir pré-natal na APS. 3. Iniciar tratamento/notificar/encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco/solicitar avidez. 4. Iniciar tratamento/notificar/encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco/solicitar sorologia em 3 semanas. 3,4 –Pré-natal de Alto risco confirmará a infecção, no caso de descartar toxoplasmose a gestante retorna para pré-natal de risco habitual na APS. Orientar medidas de prevenção primária para todas as gestantes.

1º TRIMESTRE

Ultrassonografia Obstétrica (0205020143) Preferencialmente no 1º trimestre	Definição de conduta conforme resultado do exame. Apesar de não existirem evidências dos benefícios da USG de rotina nas gestantes de risco habitual, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. A datação da idade gestacional por ultrassonografia deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores. Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculado durante a gestação.
---	--

2º TRIMESTRE

Urocultura (0202080080) e Antibiograma (0202080013)	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por/ml (UFC/ml). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/ml. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar conforme antibiograma.
Coombs indireto (0202120090) Quando Rh negativo ou antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independente do Rh A partir da 24ª semana de gestação	Coombs indireto positivo: pessoa gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: pessoa gestante não sensibilizada.	Coombs indireto positivo: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. Coombs indireto negativo: repetir exame de 4/4 semanas. Imunoglobulina anti-D entre 28-34 semanas se CI negativo e, no pós-parto, se recém-nascido Rh positivo e coombs direto negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Teste Oral de tolerância à glicose (TOTG) (0202010040) Em jejum, 1 e 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose anidro Entre 24 a 28 semanas de gestação	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: Jejum: ≥ 92 a 125 mg/dL. Após 1h: ≥ 180 mg/dL. Após 2 horas ≥ 153 mg/dL a 199 mg/dL. Diagnóstico de DM na gestação na presença de qualquer um dos seguintes valores: Em jejum ≥ 126 mg/dL. Após 2 horas ≥ 200 mg/dL.	Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade física apropriada). DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2h após as principais refeições, com os seguintes valores de referência: jejum <95mg/dL e 2h após <120mg/dL. Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2 semanas) ou associado à hipertensão ou macrosomia fetal: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.

Teste rápido (TR) para Sífilis (treponêmico)* (0214010082) ou VDRL (não treponêmico) (0202031110) * em caso de TR reagente, um VDRL deve ser realizado	TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para sífilis. TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação. *O diagnóstico de sífilis deve contemplar um exame treponêmico e não treponêmico, além do histórico clínico e epidemiológico, o 1º exame sendo reagente, o outro deve ser coletado de imediato.	Nota: O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. Os parceiros(as) sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano. Ver tratamento, monitoramento e notificação na pág. 52.
Teste rápido (TR) para detecção de HIV (0214010040)	Não Reagente: Não Reagente para HIV. Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (diferente marca), TR1 e TR2 reagentes = Amostra Reagente para HIV. Discordante: TR1 reagente, TR2 Não Reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.	Iniciar Terapia Antiretroviral, ver mais na pág. 67. Encaminhar gestante para SAE de referência para cuidado compartilhado. Manter acompanhamento pré-natal na APS. A notificação é obrigatória a cada gestação.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Teste não treponêmico mensal Teste não treponêmico mensal.
Sífilis latente tardia (mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.	
Neurossífilis	Benzipenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias .	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.

3º TRIMESTRE

Hemoglobina (0202020304) e Hematócrito (0202020371)	Normal: Hemoglobina > 11g/dl. Anemia leve e moderada: Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl. Anemia grave: Hemoglobina < 8 g/dl.	Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina conforme <u>Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres</u> [8]. Anemia grave ou sem melhora após tratamento: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
Teste Oral de tolerância à glicose (TOTG) (0202010040) Em jejum, 1 e 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose anidro Até a 28ª semana	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: Jejum: ≥ 92 a 125 mg/dl. Após 1h: ≥ 180 mg/dl. Após 2 horas ≥ 153 mg/dl a 199 mg/dl. Diagnóstico de DM na gestação na presença de qualquer um dos seguintes valores: Em jejum ≥ 126 mg/dl. Após 2 horas ≥ 200 mg/dl.	Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade física apropriada). DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2h após as principais refeições, com os seguintes valores de referência: jejum <95mg/dL e 2h após <120mg/dL. Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2 semanas) ou associado à hipertensão ou macrosomia fetal: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
Urina tipo I (0202050017)	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco, se necessário. Proteinúria: • Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-natal de Alto Risco. • Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: encaminhar à emergência obstétrica. • Proteinúria maciça: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. • Pielonefrite: encaminhar à emergência obstétrica. • ITU refratária ou de repetição: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
Urocultura (0202080080) e Antibiograma (0202080013)	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por/ml (UFC/ml). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/ml. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar conforme antibiograma.

Teste rápido (TR) para Sífilis (treponêmico)* (0214010082) ou VDRL (não treponêmico) (0202031110) * em caso de TR reagente, um VDRL deve ser realizado Realizar na 28ª semana	TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para Sífilis. TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação. *O diagnóstico de sífilis deve contemplar um exame treponêmico e não treponêmico, além do histórico clínico e epidemiológico, o 1º exame sendo reagente, o outro deve ser coletado de imediato.	Nota: O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. Os parceiros(as) sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano. Ver tratamento, monitoramento e notificação na pág. 52.
Teste rápido (TR) para detecção de HIV (0214010040)	TR Não Reagente: Amostra Não Reagente para HIV. Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (marca diferente) TR1 e TR2 reagentes= amostra Reagente para HIV. Discordante: TR1 reagente, TR2 Não Reagente: repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.	Iniciar Terapia Antiretroviral, ver mais na pág. 67. Encaminhar gestante para SAE de referência para cuidado compartilhado. Manter acompanhamento pré-natal na APS. A notificação é obrigatória a cada gestação.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Teste não treponêmico mensal Teste não treponêmico mensal
Sífilis latente tardia (mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.	
Neurossífilis	Benzipenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias .	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Sorologia Hepatite B (HBsAg)4 (0202030970) ou TR Hepatite B (0214010104)	HBsAg não reagente: normal. HBsAg reagente: suspeita de infecção por hep. B.	HBsAg não reagente e sem registro de vacina de hepatite B: devem iniciar ou completar o esquema vacinal em qualquer idade gestacional. HBsAg reagente: completar o diagnóstico por meio de teste molecular. Nos casos positivos, tratar conforme <u>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e coinfeções</u> [33] ou suas atualizações. A notificação é obrigatória.
Estreptococos do grupo B (GBS) Deve ser realizado entre 36 e 38 semanas de gestação	Negativo: normal. Positivo: presença de GBS na amostra.	O exame é realizado através da coleta de swab vaginal e retal. Em caso de resultado positivo, deverá ser realizado antibiótico intraparto na maternidade. Se houver história prévia de recém-nascido infectado com GBS, deve ser realizado o antibiótico mesmo se o resultado do exame for negativo. Caso haja resultado positivo de GBS na urina em exame anterior, não é necessária a coleta do swab para GBS.

CONFORME INDICAÇÃO CLÍNICA

Parasitológico de fezes (0202040089) Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição de parasitos.	O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Gestantes com parasitoses intestinais só devem receber tratamento na gestação quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.
Teste rápido de proteinúria (0214010155) Para gestantes com hipertensão na gestação	Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). Traços: entre 10 e 30 mg/dl. (+): 30 mg/dl. (++): 40 a 100 mg/dl. (+++): 150 a 350 mg/dl. (++++): > 500 mg/dl.	Presença de proteinúria (+) ou mais: deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia. Se suspeita ou diagnóstico de pré-eclâmpsia: encaminhar à emergência obstétrica e ao Pré-natal de Alto Risco, se confirmada.

Citopatológico cervico-vaginal	A interpretação do resultado do exame citopatológico e as condutas devem seguir as orientações das <u>Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero</u> [22].
(0201020033)	Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O achado dessas alterações durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal. Apesar de a JEC no ciclo gravídico-puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada [22].
Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2012, 2016, 2022, 2022, 2023) [7,8,20,23,33], Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2016) [22] e TelessaúdeRS (2023) [30].

3.3 Profilaxias

Quadro 3: Profilaxias recomendadas

Malformações do tubo neural e anemia megaloblástica	
Ácido fólico	Administração preventiva de ácido fólico na dose de 0,4 mg, via oral, 1x/dia, 30 dias antes à tentativa de concepção e até a 12ª semana da gestação [19]. Pacientes com fatores de risco de desenvolver distúrbio de tubo neural (história de malformação em gestação anterior, história pessoal ou familiar de distúrbio de tubo neural, condições médicas maternas associadas à diminuição de absorção de ácido fólico, como cirurgia bariátrica, uso de anticonvulsivantes, como ácido valpróico e carbamazepina) devem ser orientadas para a suplementação diária na dosagem de 4-5 mg de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes à tentativa de concepção e até a 12ª semana da gestação. Após a 12ª semana, deve-se avaliar dosagem pela condição de base, conforme <u>Manual de Gestação de Alto Risco</u> [17,19].
Anemia ferropriva	
Sulfato ferroso	Sulfato ferroso profilático (40 mg de ferro elementar/ dia) desde a descoberta da gestação até o terceiro mês pós-parto [19].
Pré-eclâmpsia	
Ácido acetilsalicílico (AAS)	AAS 100mg, VO, 1 comprimido à noite.
Cálcio	Carbonato de cálcio na dosagem de 1g/dia, sendo 500 mg, VO, 1 comprimido no café da manhã e 1 comprimido no jantar.
Tromboembolismo venoso	
Enoxaparina sódica	Dose única diária de 40 mg durante a gestação e até no máximo 6 semanas de pós-parto. Pacientes acima de 90 Kg podem necessitar de ajuste de dose, não podendo ultrapassar 80 mg/dia. Pacientes com diagnóstico de SAF com apenas manifestações obstétricas (sem trombose vascular) deverão utilizar enoxaparina em dose profilática (40 mg/dia). A enoxaparina sódica deve ser administrada, exclusivamente, por via subcutânea.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2016, 2022b, 2022c) [8,17,19] e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023) [47].

3.4 Vacinação

A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de doenças. Durante a gestação, objetiva não somente a proteção das pessoas gestantes, mas também do feto. O(a) parceiro(a), durante o acompanhamento do período gestacional, bem como os demais membros da família e da rede de apoio, devem atualizar o seu Cartão de Vacinas.

Quadro 4: Calendário de Vacinação da gestante

VACINA	ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO	IDADE RECOMENDADA
Hepatite B recombinante	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)	-----	-----
Difteria e Tétano (dT)	3 doses, sendo uma delas com dTpa (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	-----
Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa)	1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gestação e puérperas até 45 dias	1 dose a cada gestação	-----
Influenza ¹	Período sazonal	-----	-----
Covid-19 ¹	De acordo com as orientações do Ministério da Saúde	-----	-----

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023c) [25].

¹ Qualquer idade gestacional para todas as pessoas gestantes e até 42 dias após o parto.

Quadro 5: Vacinas contraindicadas durante a gestação

VACINA	OBSERVAÇÃO
Tríplice Viral (MMR)	Pessoas gestantes vacinadas inadvertidamente com a vacina tríplice viral deverão ser acompanhadas no pré-natal para identificar possíveis intercorrências. Até o momento, os estudos de acompanhamento de vacinação inadvertida em gestantes não demonstraram risco aumentado de complicações, sendo que a contraindicação é feita como uma precaução por se tratar de vacinas contendo vírus vivo atenuado. Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
Varicela (atenuada)	Pessoas gestantes vacinadas inadvertidamente com a vacina varicela deverão ser acompanhadas no pré-natal para identificar possíveis intercorrências. Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
HPV	Caso a pessoa engravide após a primeira dose da vacina HPV ou receba a vacina inadvertidamente durante a gestação, suspender a dose subsequente e completar o esquema vacinal, preferencialmente em até 45 dias após o parto. Nesses casos, nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento do pré-natal. Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
Febre Amarela	Contraindicada para pessoas gestantes, No entanto, na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos ou epidemias, o serviço de saúde deverá avaliar o risco benefício da vacinação. Verificar as orientações das autoridades sanitárias.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023e) [34].

Em caso de realização de vacinação de maneira inadvertida, deverá ser notificado como erro de imunização no e-SUS Notifica.



3.5 Saúde Bucal na gestação

A pessoa gestante deve realizar ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, preferencialmente logo após o início do acompanhamento, em especial aquelas com comorbidades. É essencial que os agravos bucais e a necessidade de tratamento odontológico sejam identificados e sinalizados, assim como a consulta, na Caderneta da Gestante. Doenças bucais como cárie ou doença periodontal, podem aumentar o risco de complicações na gestação, como parto prematuro.



Cartilha - Saúde Bucal da Gestante
do Ministério da Saúde:



3.6 Nutrição na gestação

As orientações nutricionais no período gestacional visam promover a saúde e o bem-estar da pessoa gestante e o pleno desenvolvimento fetal, prevenindo o surgimento de agravos, como diabetes gestacional, hipertensão e ganho de peso excessivo. Devem ser pautadas nos princípios e recomendações da segunda edição do Guia Alimentar para População Brasileira [35], tendo o Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Gestante [36], ou outro que venha a substituí-lo, como instrumento de apoio à prática clínica no cuidado individual na APS.

Durante o pré-natal, deve-se seguir as orientações e gráficos para o monitoramento do ganho de peso gestacional, de acordo com a Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde (8ª edição ou outra que venha a substituí-la).

Caderneta da Gestante
8ª edição



O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o **aleitamento materno** e para promover e incentivar familiares e cuidadores quanto à alimentação complementar saudável.

3.7 Saúde mental na gestação e no pós-parto

Durante a gestação e após o parto, diversos problemas de saúde mental podem ocorrer e agravar os preexistentes. Dentre os mais comuns estão depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, psicose pós-parto, transtorno de pânico e fobias. Os profissionais de saúde precisam estar atentos aos sinais de ocorrência de problemas dessa ordem e atuar na sua identificação precoce e adequado tratamento e/ou encaminhamento [37].



3.8 Violência na gestação

A violência doméstica e familiar contra a mulher engloba a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e a violência moral, conforme a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 [38].

Na gestação, dentre os sintomas e comportamentos apresentados pela mulher que sofre violência, destacam-se o **início tardio e as faltas às consultas de pré-natal e posterior frequência ao serviço**, com apresentação de queixas diversas e, por vezes, hematomas decorrentes da violência física, infecção urinária frequente e sangramentos vaginais associados à violência sexual, além de mudança frequente de endereço. Outros sintomas correlacionados podem ser observados, tais como: dor pélvica crônica, cefaleia, doença espástica dos cólons, depressão, tentativa de suicídio, síndrome de estresse pós-traumático, ansiedade, uso e abuso de drogas, anemia, ganho de peso inadequado na gestação [39,40].

Assim, é fundamental uma postura vigilante por parte dos profissionais da APS, que podem atuar positivamente, a fim de evitar desfechos desfavoráveis à saúde biopsicossocial dos envolvidos. Além disso, os profissionais devem estar atentos à toda forma de racismo que pode estar presente no dia a dia dos serviços de saúde, uma vez que o racismo institucional corrobora para a criação de barreiras de acesso no que tange à saúde de mulheres negras e indígenas. Identificar e combater todas as formas de violência racial também é um compromisso da equipe de saúde.

A equipe de saúde deve apresentar uma postura acolhedora, com disponibilidade de escuta e valorização da dimensão subjetiva e social de pessoas gestantes em situação de violência, com vistas à vinculação, ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento desses casos [41,42].

O aborto é previsto em lei quando há risco de vida à gestante, gestação resultante de estupro e gestação de feto anencéfalo (Art. 128, incisos I e II do Código Penal [31] e ADPF 54 [32]). Dessa forma, nos casos de violência sexual a interrupção de uma gestação decorrente de estupro não é considerada crime e sim um direito. A palavra da vítima deve ser considerada presunção de veracidade para os serviços de saúde, não necessitando de boletim de ocorrência. Ver mais no Fluxograma Interrupção Legal da Gestação, na pág. 93.

Casos de gestação em crianças e adolescentes menores de 14 anos se configuram como estupro de vulnerável, de acordo com o Artigo 217-A do Código Penal [31]. Esses casos devem ser encaminhados a serviços de referência e assim ter acesso às informações acerca dos direitos legais de interrupção da gestação ou, por se tratar de uma gestação precoce, ao Pré-natal de Alto Risco. Equipes especializadas irão avaliar, junto com a pessoa gestante e seus representantes legais, qual o seguimento da gestação.



Serviços de referência para atenção integral à pessoas em situação de violência e serviços de referências hospitalares para interrupção legal da gestação no Rio Grande do Sul



As equipes devem acolher e esclarecer sobre o direito ao aborto previsto em lei e o encaminhamento ser realizado SEMPRE, seja qual for a decisão da vítima ou de sua família, a fim de que recebam orientações específicas dos serviços especializados, conforme orienta a Cartilha do Ministério Público do RS [43].



Orienta-se que o pré-natal somente seja iniciado, em menores de 14 anos, após o acesso aos serviços referidos e a oferta da interrupção legal da gestação.

Segundo o Manual Gestação de Alto Risco [17], caracteriza-se como condição clínica de maior risco para a gestação idade menor que 15 anos. Esta condição caracteriza maior risco de desenvolvimento de patologias com potencial de óbito materno-fetal e deve ser considerada nos critérios de encaminhamento para unidade de maior nível hierárquico de pré-natal. A literatura em geral descreve um aumento de complicações em todo período gestacional, sendo as mais frequentemente citadas as relacionadas ao recém-nascido, como: prematuridade, baixo peso e maiores índices de mortalidade neonatal. A gestação na adolescência está associada à maior mortalidade infantil, principalmente por estar relacionada a uma complexa interação de fatores determinantes. Estudos referem aumento de risco de óbito fetal e pós-natal. Ressalta-se que grande parte desses óbitos poderia ser evitado, e que as principais falhas estão na qualidade do pré-natal, do parto e do seguimento neonatal.

Os casos de suspeita ou de violência são de notificação compulsória pelos serviços de saúde. A notificação de violência sexual, por sua vez, deve ser imediata (no prazo de 24h em âmbito municipal), por ser necessária uma tomada rápida de decisão para agilizar o atendimento à vítima e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas preconizadas (até 72 horas da agressão). Imediatamente após o seu conhecimento, o caso deve ser notificado pelo meio mais rápido disponível (como e-mail ou telefone, com envio posterior da ficha de notificação), garantindo que a pessoa seja assistida pela rede de atenção à saúde.

No caso de crianças e adolescentes, as autoridades competentes (como Conselho Tutelar e autoridade policial) devem ser comunicadas, conforme a Lei nº 14.344/2022 [44], que alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente. O registro para o compartilhamento das informações sobre o atendimento realizado com a criança ou adolescente vítima deve conter, no mínimo: I - os dados pessoais da criança ou da adolescente; II - a descrição do atendimento; III - o relato espontâneo da criança ou da adolescente, quando houver; e IV - os encaminhamentos efetuados (art. 28º, Decreto 9.603/2018) [45]. O relato a ser enviado pode ter o carimbo apenas da instituição de saúde e não de um profissional específico.

No casos de gestantes indígenas, orienta-se a comunicação com as equipes multidisciplinares de saúde indígena ou com outro órgão indigenista, a fim de compreender as especificidades culturais.

O planejamento sexual e reprodutivo deve ser uma estratégia de prevenção de gestações e da maternidade na adolescência, assim como do matrimônio infantil.

3.9 Manejo das morbidades mais prevalentes na gestação

A gestação é um fenômeno fisiológico e na maioria dos casos ocorre sem complicações, no entanto, algumas morbidades podem surgir durante este período e estarem diretamente relacionadas à mortalidade materna, como síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), síndromes hemorrágicas e outros agravos importantes como hiperemese gravídica, hiperglicemia na gestação, infecção do trato urinário, sífilis, tromboembolismo venoso e outros.

Estudos demonstram que há prevalência de comorbidades e complicações que aumentam consideravelmente o risco gestacional e a morbimortalidade materna de mulheres negras, como anemia ferropriva, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia [46]. Promover a saúde materna perpassa também pelo enfrentamento ao racismo institucional, que é um dos fatores estruturantes da mortalidade materna de mulheres negras.

3.9.1 Síndromes Hipertensivas

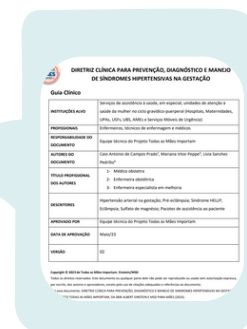
As síndromes hipertensivas durante a gestação, especialmente a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, têm impacto direto nos resultados obstétricos e perinatais graves. Como resultado, é a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e a terceira no mundo, além de ser a principal causa de parto prematuro iatrogênico, representando um grave problema de saúde pública [47]. No RS, 8,9% dos óbitos maternos ocorridos em 2021 foram por pré-eclâmpsia e eclâmpsia, que se encontram no grupo de Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gestação, no parto e no puerpério [5].



Boletim Epidemiológico do
Estado do Rio Grande do Sul



Diretriz clínica para prevenção,
diagnóstico e manejo de síndromes
hipertensivas na gestação



Quadro 6: Diagnóstico e classificação das Síndromes Hipertensivas da gestação

Elevação Pressórica na Gestação	Ocorrência de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, verificadas em duas ocasiões diferentes e com intervalo mínimo de 4 horas e máximo de 7 dias.
Hipertensão Arterial Crônica	Hipertensão prévia ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação, sem manifestação de sinais e sintomas relacionados à pré-eclâmpsia, sem lesões em órgãos-alvo e ausência de proteinúria.
Hipertensão Gestacional	Hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação ou que persiste até 12 semanas pós-parto, sem proteinúria e sem lesão de órgão alvo.
Pré-eclâmpsia	Hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação com proteinúria e/ou lesão de órgão alvo.
Pré-eclâmpsia Sobreposta à HAS	Hipertensão crônica com o aparecimento de proteinúria e/ou lesão de órgão alvo após 20 semanas de gestação. ¹
Eclâmpsia	Convulsão associada à hipertensão ou pré-eclâmpsia.
Síndrome HELLP	Hemólise + elevação enzimas hepáticas + plaquetopenia.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023) [47].

¹ Gestantes que apresentarem elevações nos valores tensionais, ganho de peso acima de um Kg por semana, edema em mãos e face ou sintomas como cefaléia persistente, escotomas visuais e/ou epigastralgia deverão realizar exames para afastar pré-eclâmpsia em emergência obstétrica.

3.9.1.1 Manejo Clínico das Síndromes Hipertensivas:

Prevenção da Pré-Eclâmpsia

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, demonstrou 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% [47].

É recomendada a prescrição combinada de AAS 100mg por dia e suplementação de cálcio elementar 1g por dia nos casos em que a pessoa gestante apresente 1 fator de risco alto e/ou 2 fatores de risco moderados descritos conforme quadro abaixo.

Quadro 7: Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia

Apresentação Clínica/Obstétrica	Condição	Risco Considerado
Identificação	Idade ≥ 35 anos	MODERADO
	Nuliparidade	
	Raça/cor negra	
Antecedentes pessoais e familiares	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmã)	ALTO
	Hipertensão arterial crônica	
	Diabetes tipo 1 ou 2	
	Doença renal	
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, artrite reumatoide)	
	Obesidade (IMC ≥ 30)	
Antecedentes obstétricos	Intervalo > 10 anos desde a última gestação	MODERADO
	Gestação prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso a moderado, nascer com $> 37s$ e trabalho de parto pré-termo)	
	História de pré-eclâmpsia em gestação anterior	ALTO
	Gestação múltipla	
	Pós-reprodução assistida	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023), Febrasgo (2017, 2023) [47,48].

Quadro 8: Dose profilática de AAS e cálcio

1 fator de risco alto	1 - Ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg – VO - 1cp à noite. 2 - Carbonato de cálcio 500 mg – VO - 1 cp no café da manhã e 1 cp no jantar.
2 fatores de risco moderado	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023) [47].

Tratamento anti-hipertensivo:

As opções de medicações utilizadas e as respectivas doses sugeridas estão elencadas no quadro a seguir:

Quadro 9: Medicamentos para o tratamento anti-hipertensivo

Classe do fármaco	Fármaco	Posologia
Simpatolíticos de ação central α_2 -agonistas	Metildopa 250 mg ou 500 mg	250 mg – 8/8 horas 250 mg – 6/6 horas ¹ 500 mg – 8/8 horas ² 500 mg – 6/6 horas
	Nifedipina 20 mg OU	20 mg – 12/12 horas 20 mg – 8/8 horas 40 mg – 12/12 horas
Bloqueadores de canal de cálcio	Anlodipino 2,5 mg, 5 mg ou 10 mg	2,5 mg – 12/12 horas 5 mg – 12/12 horas 10 mg – 12/12 horas
	Carvedilol 6,25 mg ou 12,5 mg	3,125 mg – 12/12 horas 6,25 mg – 12/12 horas 12,5 mg – 12/12 horas 25 mg – 12/12 horas

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023) [47].

¹ Considerar a dose de 500mg de 12/12 horas para melhor aderência das pacientes.

² A partir desta dose, encaminhar para o PNAR.

³ Terceira droga de escolha para associação de medicamentos para controle pressórico ou no caso de impossibilidade de uso das drogas de primeira escolha.

Manejo da pré-eclâmpsia grave na APS:

Configura-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia com características graves [49]:

Pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada.

Sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia e escotomas), hiperreflexia, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito).

Eclâmpsia: quadro de convulsões tônico-clônicas, focais ou multifocais, ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou que não podem ser atribuídas a outras causas.

Síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia.

Edema agudo de pulmão.

Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar.

Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).



Telecondutas:
Doenças Hipertensivas
na gestação



Quadro 10: Manejo medicamentoso da pré-eclâmpsia grave

Se hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg):
Nifedipino, 10 a 20g, via oral, repetindo a dose em 30 minutos se necessário, até 3 doses
OU
Hidralazina, 5mg, IV ou IM

Sulfato de magnésio:

4g de sulfato de magnésio (8ml de $MgSO_4$ a 50% diluído em 12ml de água destilada), IV¹, em 5 a 10 minuto; e 5g (10ml) de $MgSO_4$ a 50% intramuscular no quadrante superior externo de cada glúteo (total de 10g ou 20 ml)²

A dose inicial (4g de $MgSO_4$ EV) não provoca intoxicação e deve ser aplicada mesmo sem monitorização.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023) e TelessaúdeRS-UFRGS (2023) [47,49].

¹ Deve ser feito com a pessoa gestante em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, para evitar a compressão aortocava pelo útero gravídico e diminuir o risco de hipotensão arterial grave.

² Esquema para uso excepcional, na ausência de bomba de infusão ou durante transporte da paciente até serviço que disponha, considerando que o volume excede o máximo recomendado atualmente para administração intramuscular de medicamentos em adultos. Pode ser misturado com 1 mL de solução de xilocaína a 2% para reduzir dor.

O tratamento com o Sulfato de Magnésio ($MgSO_4$) deve ser realizado nos casos de pré-eclâmpsia grave. O reconhecimento precoce e o tratamento oportuno com $MgSO_4$ reduz em 57% o risco da ocorrência de eclâmpsia e diminui o risco de morte materna, não sendo prejudicial para o feto [47]. A sulfatação pode ser realizada em qualquer ambiente assistencial, incluindo a APS, até que seja efetivado transporte para a emergência obstétrica. O encaminhamento para serviço de emergência obstétrica deve ser imediato, objetivando avaliação e manejo materno e fetal.

3.9.2 Síndromes hemorrágicas:

As hemorragias obstétricas podem ser divididas em períodos:

Primeira metade da gestação:

- Abortamento;
- Gestação Ectópica (GE);
- Doença trofoblástica gestacional (DTG).

Segunda metade da gestação:

- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro de placenta.

Diante de qualquer uma dessas situações, a pessoa gestante deverá ser encaminhada para avaliação materna e fetal na emergência obstétrica de referência.

Quadro 11: Classificação¹ de risco para hemorragia puerperal

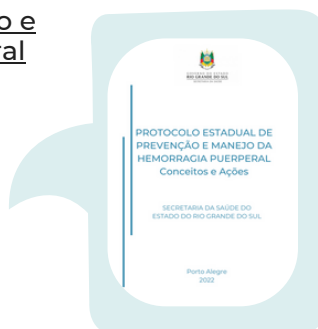
	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
PRÉ-NATAIS	- Ausência de cicatriz uterina - Gestação única ≤ 3 partos vaginais prévios - Ausência de distúrbios de coagulação - Sem história de hemorragia puerperal	- Cesariana anterior ou cicatriz uterina - Sobre distensão uterina (gemelar, polidrâmnio, macrosomia, grandes miomas) 4 ou mais partos vaginais prévios - Corioamnionite - Com história de - Obesidade (IMC ≥ 35 kg/m²) - Pré-eclâmpsia - Politransusão prévia - Hemoglobinopatias	- Placenta prévia ou inserção baixa ou acretismo - Sangramento ativo importante e/ou instabilidade hemodinâmica na admissão - Descolamento prematuro de placenta - Hemoglobina ≤ 8 com outros fatores de risco - Plaquetas < 100.000 ou HELLP Coagulopatias - Múltiplos fatores de risco - Sepse

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de SES-RS (2022) [50].

¹ IMC, índice de massa corporal; PCT, prova de compatibilidade transfusional; HELLP, traduzido do inglês, hemólise, plaquetopenia e alteração das provas de função hepática.



Protocolo Estadual de Prevenção e Manejo da Hemorragia Puerperal



3.9.3 Hiperemese gravídica

A hiperemese gravídica (HG) é uma forma grave de náuseas e vômitos na gestação, podendo levar a distúrbios hidroeletrolíticos, alterações nutricionais e metabólicas, cetonúria e perda de mais de 5% do peso corporal, trazendo risco para a vida materna e fetal. Seu diagnóstico é baseado na presença de vômitos persistentes e na ausência de outras doenças que justifiquem esta alteração. Nas formas leves das náuseas e dos vômitos da gestante, as medidas não farmacológicas e farmacológicas por via oral apresentam bons resultados rapidamente, e o tratamento deve ser ambulatorial. Nas formas moderadas e graves, a gestante deve ser abordada de maneira multidisciplinar em ambiente hospitalar [17].

3.9.4 Hiperglicemia na gestação

Durante a gestação, o Diabetes Mellitus (DM) é classificado em Diabetes Mellitus na gestação (prévio) ou Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). A hiperglicemia é uma das condições mais comuns na gestação. No Brasil, estima-se que 18% das pessoas grávidas, assistidas no SUS, atinjam os critérios diagnósticos atuais de DMG. Frente ao diagnóstico de DMG devem ser ofertadas orientações sobre seguimento do pré-natal, nutrição e atividade física, controle glicêmico adequado, entre outros [17].

Quadro 12: Definições de hiperglicemia na gestação

Diabetes Mellitus (DM) na gestação:

DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional ou diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros:

- glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;
- glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL;
- hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%;
- glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso).

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios para diagnóstico de DM. Critérios diagnósticos para DMG, conforme os seguintes parâmetros:

- glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL* ou
- glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados:
 - glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL e/ou
 - glicemia após 1 hora ≥ 180 mg/dL e/ou
 - glicemia após 2 horas ≥ 153 mg/dL e ≤ 199 mg/dL

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS (2023) [30].



Caso o controle glicêmico consiga ser mantido somente com alimentação adequada e exercícios físicos, as consultas de pré-natal devem ser realizadas a cada 15 dias até a 30ª semana de gestação. Após, seguir semanalmente até o seu término [51].

O controle glicêmico deve ser realizado da seguinte forma: três vezes na semana (segunda, quarta e sexta), 4 vezes ao dia (Jejum; 2h após o café; 2h após o almoço e 2h após a janta). As metas para o controle glicêmico são definidas por níveis de glicose no jejum < 95 mg/dL e duas horas pós-prandial < 120 mg/dL. Deve-se manter o nível de glicose de jejum acima de 70 mg/dL e os níveis pós-prandiais não inferiores a 100 mg/dL. Esse controle deve ser reavaliado a cada duas semanas (durante as consultas de pré-natal) e, caso não esteja adequado, deve ser encaminhado ao Pré-natal de Alto Risco, de acordo com a estratificação de risco do Quadro 15, pág. 62.

3.9.5 Infecção do trato urinário

A infecção do trato urinário (ITU) é uma intercorrência muito comum na gestação, acometendo cerca de 10%-12% das pessoas gestantes e tem o potencial de promover complicações graves, como prematuridade e sepse materna e neonatal. Clinicamente, a ITU pode ser classificada como bacteriúria assintomática (BA), cistite e pielonefrite. Cerca de 30% dos casos de bacteriúria assintomática não tratadas evoluem para formas mais graves de ITU [17].

Quadro 13: Definição, diagnóstico e conduta nas ITU

	Bacteriúria assintomática	Cistite	Pielonefrite
Definição e diagnóstico	Identificação de bactérias em multiplicação no trato urinário em pessoa gestante sem sintomas. Seu diagnóstico se dá através do exame de Urocultura positiva (uma ou mais espécies de bactérias na urocultura, em quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitros)	Infecção do trato urinário inferior clinicamente, apresentada por tenesmo vesical, disúria, desconforto suprapúbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria macroscópica e urina com odor desagradável. Seu diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e/ou Urocultura positiva.	Infecção do trato urinário superior clinicamente apresentada por calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. Seu diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e exames laboratoriais (piúria significativa, hematúria frequente, urocultura positiva, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada)
Conduta	Uso de antibiótico ¹ definido através do resultado do antibiograma. É recomendada repetição do exame de urocultura após duas semanas de tratamento como controle de cura.	Uso de antibiótico ² . Repetir exame de urocultura após duas semanas de tratamento. A detecção de novo caso de cistite favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto ³ . Na cistite complicada, com hematúria macroscópica franca, deve-se avaliar a hospitalização e antibiótico parenteral.	Feito o diagnóstico, a hospitalização é obrigatória para hidratação e antibioticoterapia endovenosa e acompanhamento de exames laboratoriais. A profilaxia antibiótica até o parto sempre deve ser instituída após o tratamento ³ .

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2022b) [17].

¹ Antibióticos recomendados para o tratamento da BA na gestação: Nitrofurantoína 100mg a cada 6 horas por 5 dias, via oral OU Cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias, via oral. Sempre levar em consideração o resultado do antibiograma.

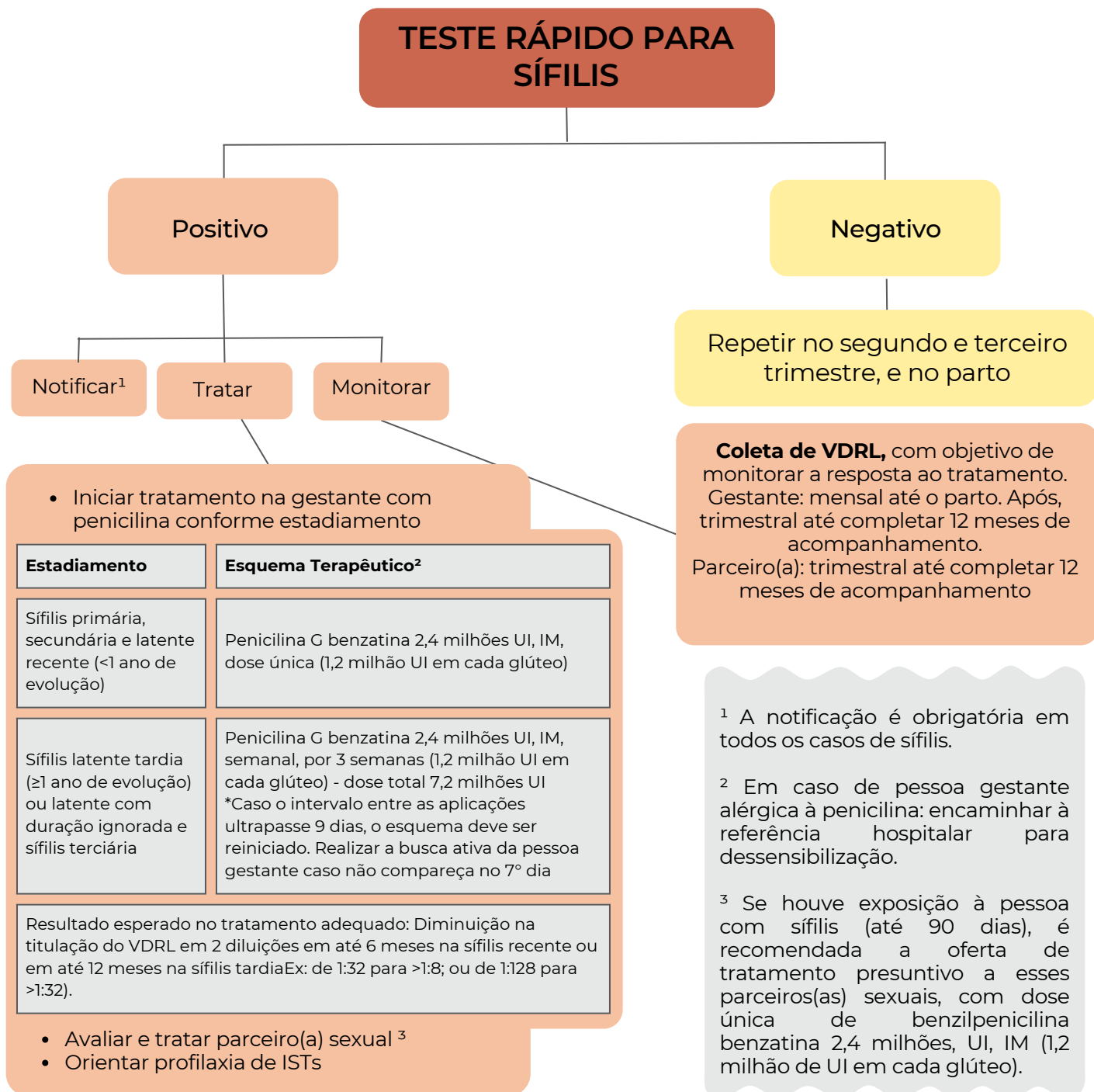
² Antibióticos recomendados para o tratamento da cistite na gestação: Nitrofurantoína, 100mg a cada 6 horas por 5 dias, via oral OU Cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias, via oral OU Amoxicilina+clavulanato, 500/125mg a cada 08 horas por 7 dias, via oral

³ Antibioticoprofilaxia nos casos de cistite de repetição e/ou pielonefrite: Nitrofurantoína, 100mg ao dia até 37 semanas OU Cefalexina 250mg ao dia até o fim da gestação. É recomendado substituir a Nitrofurantoína por Cefalexina após as 37 semanas devido ao risco de icterícia neonatal.

3.9.6 Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica e com possibilidade de cura. Na gestação, pode apresentar consequências severas como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido [23]. A maioria dos diagnósticos de sífilis em gestantes ocorre no estágio de sífilis latente. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe e pelo tempo em que o feto foi exposto. Até 50% das pessoas gestantes com sífilis não tratadas terão desfechos gestacionais adversos.

Fluxograma de Sífilis em gestante



Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2022e, 2023f) [23,52].

3.9.7 Tromboembolismo venoso

O Tromboembolismo Venoso (TEV) é a manifestação mais comum da trombofilia e pode apresentar complicações como a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP) [53]. A prevenção do TEV na gestação é por meio da identificação de fatores de risco e instituição de trombopprofilaxia.

Quadro 14: Fatores de risco e critérios para instituição de trombopprofilaxia para TEV

Critérios de inclusão	
Profilaxia durante o pré-natal e por seis semanas no pós-parto	a) Gestantes com história pessoal de TEV de moderado a alto risco de recorrência (único episódio não-provocado; TEV relacionado à gestação ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio ou múltiplos TEV prévios não-provocados); b) Gestantes com diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente; c) Gestantes com trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau.
Profilaxia apenas por seis semanas no pós-parto	a) Gestantes com trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV; b) Gestantes com trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau; c) Gestantes com histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gestação).
Critérios de exclusão	
• Pessoas gestantes com hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular; e • Pessoas gestantes com hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente.	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2021c) [53].

Embora esses casos devam ser referenciados ao Pré-natal de Alto Risco, a prescrição da enoxaparina já deve ocorrer na APS.



A trombopprofilaxia é realizada com Enoxaparina sódica na dosagem diária de 40 mg, administrada via subcutânea. Em pessoas gestantes com peso > 90 kg, a dose poderá ser ajustada para 60 mg, não podendo ultrapassar 80 mg/dia. Nos casos de diagnóstico de SAF com apenas manifestações obstétricas (sem trombose vascular), a dose recomendada é de 40 mg/dia.

3.10 Plano de Parto

Durante o pré-natal é importante abordar questões relacionadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto.

O plano de parto é uma ferramenta importante para ser utilizada nesse momento e é uma das recomendações da diretriz para o cuidado intraparto da Organização Mundial da Saúde (2018) [54] e das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde (2017) [55].

É um documento que deve ser trabalhado pelos profissionais que acompanham o pré-natal, em conjunto com a pessoa gestante e acompanhante, e permite expressar suas preferências sobre o parto, aumentar a confiança em relação ao processo de parir, favorecer a comunicação com a equipe hospitalar, aprofundar seus conhecimentos sobre a fisiologia do parto e sobre as práticas existenciais recomendadas.

No Apêndice IV (pág. 94), é apresentada uma proposta de plano de parto, que pode ser impressa para ser trabalhada no decorrer do pré-natal e para ser levada à maternidade.

3.11 Vinculação

Toda pessoa gestante deve ser informada pela equipe da APS, responsável pelo seu atendimento pré-natal, qual serviço é a sua referência para urgências/emergências obstétricas e para o parto (Lei Federal no 11.634/2007) [56]. O nome do hospital ou maternidade de referência deve ser registrada na Caderneta da Gestante.

A visita prévia à maternidade de referência deve ser sempre oferecida [8]. No RS, a pactuação das referências das especialidades foi publicada na Resolução CIB-RS nº 50/2022, que é atualizada mensalmente. As atualizações da CIB 50 podem ser consultadas no site da SES/RS: [RESOLUÇÕES DA CIB](#)



Os serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos quando se faz necessário o cuidado adicional. Uma vez realizado o encaminhamento para acompanhamento em um serviço especializado, as pessoas gestantes devem manter o vínculo com a equipe da APS, através de consultas e visitas domiciliares. A equipe da APS deve ser informada a respeito da evolução da gestação e tratamentos administrados por meio de contrarreferência (plano de cuidados compartilhado). O estabelecimento dessa comunicação entre os serviços é de suma importância, visto que pessoas gestantes têm maior facilidade de acesso aos serviços de APS, até mesmo pela proximidade ao seu domicílio [7].

3.12 Registro dos dados pela APS

Destaca-se a necessidade do adequado registro das ações realizadas pelas equipes, contribuindo para a comprovação do que é realizado em nível municipal e permitindo a análise da qualidade assistencial. O monitoramento do cuidado prestado propicia a avaliação do desempenho do serviço e a programação de ações de qualificação da assistência ao pré-natal e ao puerpério na APS. Todas as consultas, visitas, atividades educativas e procedimentos devem ser devidamente registrados, por todos os profissionais responsáveis, no e-SUS ou no prontuário próprio com *thrift* para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A Portaria nº 344/2017 [57], dispõe sobre o preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde pelos profissionais, respeitando o critério de autodeclaração da pessoa, de acordo com as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Acompanhamento do Pré-natal no PEC e-SUS APS



3.13 Pré-natal do parceiro

O pré-natal do pai/parceiro é uma estratégia que visa a participação destes e a melhoria do vínculo familiar. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) tem estimulado os municípios a implementarem a estratégia através da realização e registro de consultas e exames do pai/parceiro pelos serviços de saúde [11,58].

A participação do pai/parceiro tem relevância no pré-natal, puerpério e período de amamentação e, além de incentivar o homem ao cuidado com sua saúde, constitui-se uma ferramenta de prevenção e tratamento das IST [11].

O pai/parceiro deve ter garantida a realização dos testes rápidos de Sífilis, HIV, Hepatites B e C. Os testes rápidos com resultados reagentes devem ter seu encaminhamento conforme orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2022) [20] e exame de tipagem sanguínea, se gestante Rh negativo. A solicitação de exames adicionais deve respeitar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde [11].

Sugere-se utilizar o Pré-Natal para abordar a temática da paternidade e cuidado, através de ações que ressaltem a importância da participação ativa e responsável, reforçando o papel que o parceiro tem no desenvolvimento da criança.

3.14 Atividade coletiva

Os grupos de educação em saúde devem se constituir como espaços de acolhimento, apoio e reflexão, contribuindo com o fortalecimento do autocuidado, com a capacidade de tomada de decisão informada e com a formação de vínculo.

É importante que o espaço do grupo seja aberto a sugestões de temas e à participação do(a) acompanhante, e que o local de realização considere a distância da comunidade, possibilitando também a identificação de dispositivos parceiros.



4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Para reduzir a razão de mortalidade materna, a oferta de um cuidado de qualidade é essencial, desde o planejamento reprodutivo até o cuidado no puerpério. A estratificação de risco gestacional contribui com a redução da morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis e é fundamental para a continuidade do cuidado adequado e em tempo oportuno.

É importante lembrar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento. Portanto, há necessidade de reavaliação do risco, desde o início do pré-natal até o momento do parto, assim como a avaliação e classificação de vulnerabilidade e risco social.

A estratificação de risco da gestante deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal. Através dela é possível identificar as pessoas gestantes que, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, necessitam de encaminhamento para o serviço especializado ou encaminhamento imediato para o serviço de emergência. **Essa estratificação deve ser registrada no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante.**

Os motivos de encaminhamento selecionados no Quadro 15, são os mais prevalentes para o Pré-Natal de Alto Risco. Ressalta-se que muitas outras condições não estão descritas, sendo de responsabilidade da equipe o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme avaliação e necessidade. Todas as informações consideradas relevantes devem ser observadas. No caso de dúvidas, consultar o [Telessaúde/RS-UFRGS](#) (ver mais na pág. 80).

Pessoas gestantes com suspeita de acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave, diabetes prévio à gestação, pré-eclâmpsia atual (após avaliação em emergência) ou histórico de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, histórico ou incompetência istmo-cervical atual ou outras comorbidades gestacionais graves, devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas.

Pessoas gestantes com estratificação de alto risco devem manter o acompanhamento regular na Unidade de Saúde, uma vez que a equipe de saúde da APS é a coordenadora e responsável do seu cuidado longitudinal; sendo assim, o cuidado deve ser compartilhado com o serviço de Pré-natal de Alto Risco ou outro serviço especializado adequado.

Apresentamos a estratificação de risco no Quadro 15, com uso das cores azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, utilizadas para definir o nível de atenção onde o pré-natal será realizado.



Azul

Pessoas gestantes sem fatores de risco identificados no momento. Devem realizar o pré-natal na APS e ter o risco reavaliado em todas as consultas.



Verde

Pessoas gestantes com fatores de risco, mas que não necessitam de encaminhamento ao Alto Risco ou ao serviço de emergência. Devem realizar o pré-natal de risco habitual na APS e ter o risco reavaliado em todas as consultas.



Amarelo

Pessoas gestantes com necessidades clínicas específicas que não necessitam de encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco, mas que necessitam de acompanhamento especializado em outros pontos da rede. Devem realizar o pré-natal de risco habitual na APS em conjunto com o serviço especializado, e ter o risco reavaliado em todas as consultas. O Alto Risco, nestes casos, só será indicado se houver outros critérios que o indiquem.



Laranja

Pessoas gestantes que apresentam fatores de risco que necessitam de encaminhamento para o Pré-natal de Alto Risco. O encaminhamento será via regulação, conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual, em ambulatório especializado (nível secundário ou terciário). O vínculo entre a APS e a pessoa gestante deve ser mantido durante o Pré-natal de Alto Risco.



Vermelho

Pessoas gestantes que apresentam fatores de risco que demandam encaminhamento imediato para emergência obstétrica. Após estabilização, quando houver a alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento, fazendo assim a avaliação de risco e encaminhamento para o Pré-natal de Alto Risco, se for necessário.

Quadro 15: Estratificação de risco de pessoas gestantes

SEM FATOR DE RISCO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Pessoa gestante sem fator de risco.	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.	Pré-natal de risco habitual na APS

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
- Idade <15 anos e >35 anos; - Insuficiência de apoio familiar; - Capacidade de autocuidado insuficiente; - Não aceitação da gestação; - Situação conjugal insegura; - Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); - Condições ambientais desfavoráveis; - Altura < 1,45m; - IMC (Índice de Massa Corporal) <18,5kg/m² ou 30kg/m² a 39 kg/m²; - Uso de medicamentos teratogênicos.	- Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese; - Gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): Ver mais na pág. 40; - Pessoa gestante em vulnerabilidade social pode ser acompanhada concomitantemente pelo Sistema Único de Assistência Social, referenciar ao CRAS ou CREAS da região; - Pessoa gestante em situação de rua pode ter cuidado compartilhado com Consultórios na Rua; - Pessoa gestante negra ou quilombola reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese, em especial no que tange hipertensão, diabetes e doença falciforme; - Pessoa gestante com deficiência física ou mobilidade reduzida, os profissionais devem se atentarem para obstáculos para a plena vivência da sexualidade, da maternidade, na falta de acessibilidade física, comunicacional e atitudinal nos serviços, no acesso aos dispositivos de tecnologia assistiva e equipamentos de saúde. Algumas deficiências estão associadas com aumento de riscos na gestação e devem ser avaliadas individualmente.	Pré-natal de risco habitual na APS
Gestantes em situação de rua ou de comunidades indígenas.		
Gestantes negras ou quilombolas.		
Gestantes com deficiência física ou mobilidade reduzida.		

GESTÇÃO RESULTANTE DE ESTUPRO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Gestção resultante de estupro.	- Gestção em crianças e adolescentes menores de 14 anos se configura situação de crime de estupro de vulnerável, a despeito de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima já seja sexualmente ativa. É obrigatório para os serviços de saúde a notificação e a comunicação ao Conselho Tutelar. Ver mais na pág. 40; - Na gestção resultante de estupro, a interrupção legal da gestção é um direito previsto em lei e deve ser ofertado pelos profissionais. A APS deve conhecer a rede de atendimento em violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível.	Encaminhar atendimento em violência sexual

SITUAÇÃO OCUPACIONAL

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
- Esforço físico excessivo, carga horária extensa e com rotatividade, trabalho noturno; - Exposição a agentes físicos (ex: frio, exposição à radiação), químicos (ex: poeira, agrotóxicos) e biológicos (contato permanente com pacientes, animais); - Estresse.	- Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. - Orientar sobre direitos trabalhistas, que garantem a transferência de função quando a atividade prestada for prejudicial à gestção (laudo médico atestando, quando houver necessidade) e importância do seguimento das orientações de segurança do trabalho.	Pré-natal de risco habitual na APS

HIPERTENSÃO NA GESTÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Hipertensão crônica: Com lesão em órgão-alvo, e em risco adicional controlado com até UM fármaco.	- Reavaliar controle da pressão, complicações e risco adicional a cada consulta, através de anamnese, exame físico e exames complementares. - Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.	Pré-natal de risco habitual na APS
- Hipertensão gestacional atual (diagnóstico após 20ª semana de gestção), após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia; - Hipertensão gestacional em gestção anterior, sem histórico de mau antecedente obstétrico e/ou perinatal.	- Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I

• Hipertensão crônica (diagnóstico prévio ou antes da 20ª semana de gestação) com: lesão em órgão alvo (presença de proteinúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou hipertensão leve a moderada (PA sistólica ≥ 140-159 mmHg ou PA diastólica ≥ 90-109 mmHg) com uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou suspeita de hipertensão secundária; ou tabagismo; ou idade materna ≥ 40 anos; ou diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras); ou sinais de insuficiência placentária (oligodramnio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência das artérias uterinas); • Diagnóstico de pré-eclâmpsia¹, após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica; • Hipertensão gestacional em gestação anterior, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras).	• Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. ¹Pré-eclâmpsia: hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação e mais UM dos seguintes critérios: proteinúria (≥ 300 mg em amostra de urina de 24 horas ou proporção de proteína/creatinina $\geq 0,3$ mg/dL em uma amostra de urina ou fita reagente $\geq 2+$); ou contagem de plaquetas <100.000 céls/mm³; ou creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou aumento em duas vezes no seu valor basal na ausência de outra doença renal; ou aumento das transaminases hepáticas (duas vezes o limite superior de normalidade); ou edema pulmonar; ou cefaleia persistente e de início recente (excluindo outros diagnósticos e não responsiva a analgesia usual); ou sintomas visuais (visão turva, luzes piscando ou faíscas, escotomas); ou dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta: história prévia ou com início anterior às 20 semanas de gestação associado à pré-eclâmpsia. Deve-se suspeitar se: súbita exacerbação de hipertensão, ou piora ou surgimento de proteinúria; ou trombocitopenia de início recente (< 100.000 plaquetas/mm³); ou aumento repentino de enzimas hepáticas a níveis anormais; ou início de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia; ou níveis elevados de ácido úrico.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II
• Suspeita de pré-eclâmpsia¹; • Crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg).	• Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da pessoa gestante; • Reavaliar a estratificação de risco e encaminhar para o pré-natal de alto risco, se necessário.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica

DIABETES NA GESTAÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)¹ controlado com medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade física apropriada).	O controle glicêmico deve ser avaliado a cada 2 semanas com medidas diárias da glicemia capilar no jejum, antes e 2h após as principais refeições. Metas do controle glicêmico: jejum <95 mg/dL e 2h após <120 mg/dL; ¹Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios para diagnóstico de DM. Critérios diagnósticos para DMG, conforme os seguintes parâmetros: glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; ou glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados: glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; e/ou glicemia após 1 hora ≥ 180 mg/dL; e/ou glicemia após 2 horas ≥ 153 mg/dL e ≤ 199 mg/dL.	Pré-natal de risco habitual na APS
Diabetes Mellitus (DM) na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com critérios² para o diagnóstico de diabetes fora da gestação) e: ausência de lesão em órgão alvo; e sem indicação de uso de insulina; e crescimento fetal adequado (circunferência abdominal fetal abaixo do percentil 75); Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)¹ e necessidade de tratamento farmacológico com hipoglicemiante oral para obter controle glicêmico adequado.	- Iniciar tratamento farmacológico na APS. Entrar em contato com o TelessaúdeRS, caso seja necessário auxílio com o tratamento. - Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. ²Diabetes Mellitus (DM) na gestação: DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional; ou diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros: glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL; ou glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL; ou hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%; ou glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso).	Pré-natal de Alto Risco Tipo I

• Diabetes Mellitus (DM) na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com critérios² para o diagnóstico de diabetes fora da gestação) e: lesão em órgão alvo; ou uso de insulina; ou pessoa gestante com hipertensão (crônica ou gestacional); ou crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal $\geq$ percentil 75). • Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)¹ e: uso de insulina; ou pessoa gestante com hipertensão (crônica ou gestacional); ou crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal $\geq$ percentil 75).	• Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II
--	---	---------------------------------

ANEMIAS NA GESTAÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
• Hemoglobina $\geq$ 8 g/dl e $<$ 11 g/dl – anemia leve a moderada.	• Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese; • Tratar e orientar conforme <u>Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres</u> [8].	Pré-natal de risco habitual na APS
• Hemoglobina $\geq$ 8 g/dl e $<$ 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar); ou • Hemoglobina $<$ 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.	• Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
• Suspeita ou diagnóstico de doença falciforme ou de outras hemoglobinopatias; • Suspeita ou diagnóstico de outras anemias hemolíticas; • Hemoglobina $<$ 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade.	• Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II

• Anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e /ou instabilidade hemodinâmica; • Doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade; • Presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade¹.	• Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da pessoa gestante. • Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário. ¹Citopenias com critérios de gravidade: Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/mm³); ou bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como hemoglobina < 7 g/dL; e/ou neutrófilos < 500 céls/mm³; e/ou plaquetas < 50 mil céls/mm³.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica
--	---	--

HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
• Hipotireoidismo controlado com até 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina.	• O TSH deve ser avaliado mensalmente na primeira metade da gestação e deve ser mantido dentro do valor de referência para o trimestre. Após a metade da gestação, o monitoramento pode ser mais espaçado, pelo menos uma vez por trimestre. Os valores de referência de TSH na gestação são: 1º trimestre (0,1 a 2,5 mU/L); 2º trimestre (0,2 a 3 mU/L) e 3º trimestre (0,3 a 3 mU/L).	Pré-natal de risco habitual na APS
• Suspeita de tireotoxicose gestacional, na indisponibilidade de exames de anticorpo TRAb; • Hipotireoidismo primário, usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, sem controle adequado.	• Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
• Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo).	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II

• Diagnóstico de hipertireoidismo franco ou hipertireoidismo subclínico, afastada tireotoxicose gestacional transitória.	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco e ao serviço de endocrinologia; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco e ao serviço de endocrinologia; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II e referenciar para Endocrinologia
---	---	---

HISTÓRIA DE ABORTAMENTO RECORRENTE OU RISCO DE PREMATURIDADE

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
• História de abortamento recorrente (perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações, documentadas por ecografia ou exame histopatológico); • Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo¹.	• Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou a pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. ¹Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos): Trombose vascular (um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial); Morbidade obstétrica (uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais a partir da 10ª semana de gestação, um ou mais nascimentos prematuros de neonatos morfológicamente normais antes da 34ª semana de gestação, ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave ou três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída).	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
• Suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical: diagnóstico de colo curto em pessoa gestante assintomática (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal, inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas, em mulher com história de parto prematuro prévio); ou perda espontânea de uma ou mais gestações no segundo trimestre ou nascimento espontâneo de pré-termo extremo (abaixo de 28 semanas); ou dilatação do orifício cervical interno (≥ 1cm), constatada no exame físico no segundo trimestre, na ausência de contrações, após avaliação no centro obstétrico.	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; • Ligar para o TelessaúdeRS-UFRGS caso seja necessário suporte para: avaliar início de progestágeno em gestante com história prévia de nascimento pré-termo; suspeita de incompetência istmo-cervical (encaminhamento para cerclagem, preferencialmente entre 12 e 14 semanas); ou início de tratamento profilático em gestante com história prévia de tromboembolismo venoso, enquanto a paciente aguarda consulta no serviço especializado. • Verificar junto à regulação e/ou a pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II

• Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular); • Suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em pessoas gestantes com menos de 37 semanas); • Dilatação do orifício cervical interno ($\geq 1\text{cm}$), constatada no exame físico no segundo trimestre.	• Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da pessoa gestante. Na manutenção da gestação: Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário. Na confirmação do abortamento: Consulta pós abortamento, orientação sobre planejamento reprodutivo.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica
---	---	--

HEPATITES VIRAIS

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
• Pessoa gestante com hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B; • Pessoa gestante com hepatite C confirmada por carga viral do vírus C.	• Referenciar com plano de cuidado, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o SAE ou serviço de Infectologia; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao serviço; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Referenciar para SAE ou Infectologia
• Pessoa gestante com hepatite crônica por vírus B (HBV) e suspeita ou diagnóstico de cirrose; • Pessoa gestante com hepatite crônica por vírus C (HCV) e suspeita ou diagnóstico de cirrose.	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco e ao serviço de gastroenterologia; • Verificar junto à regulação e/ou a pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco e ao serviço de gastroenterologia; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. • A infecção por hepatite B e por hepatite C são doenças de notificação compulsória.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II e Gastroenterologia

HIV/AIDS

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Pessoa gestante vivendo com HIV/Aids.	- Referenciar com plano de cuidado para Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) de referência regional e/ou municipal para manejo clínico do HIV/Aids. Nos casos em que o SAE de referência não trata pessoas gestantes, o encaminhamento deve ser realizado ao Pré-natal de Alto Risco Tipo I; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao SAE; - A US deve manter o vínculo com a pessoa gestante, através de consultas e visitas domiciliares. A terapia antirretroviral (TARV) poderá ser iniciada na gestante logo após a coleta dos exames, antes mesmo dos resultados de LTCD4+, CV-HIV e genotipagem (principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal), com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível. Entrar em contato com o TelessaúdeRS, caso seja necessário auxílio com o tratamento.	Pré-natal de risco habitual na APS Pré-natal compartilhado com SAE

CONDILOMA ACUMINADO/ VERRUGAS VIRAIS/MOLUSCO CONTAGIOSO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Pessoa gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal), verrugas virais (em outras localizações) ou molusco contagioso refratárias ao tratamento na APS por 3 meses.	- Referenciar a pessoa gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) ao Pré-natal de Alto Risco ou ao serviço de dermatologia; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao serviço; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I ou Dermatologia
Pessoa gestante com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20cm²); Pessoa gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) ao Pré-natal de Alto Risco ou ao serviço de dermatologia; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao serviço; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II
Pessoa gestante com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) ao serviço de Proctologia; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao serviço de proctologia; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Referenciar para a Proctologia

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Sífilis em pessoa gestante.	- Tratar e orientar a pessoa gestante e o parceiro conforme <u>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</u> [23]. Fluxograma na pág. 52. - Monitorar VDRL mensalmente; - Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese; - Realizar a notificação do caso de Sífilis.	Pré-natal de risco habitual na APS
Pessoa gestante com falha ao tratamento ou suspeita de neurosífilis assintomática.	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo com a pessoa gestante através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.		Pré-natal de Alto Risco Tipo II
- Pessoas gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); - Pessoas gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos agudos/subagudos.	- Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da pessoa gestante; - Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o Pré-natal de Alto Risco, se for necessário.	Encaminhamento para emergência obstétrica

TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose na gestação.	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares; - Toxoplasmose na gestação e congênita são doenças de notificação compulsória; - Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose devem iniciar tratamento imediato enquanto aguardam consulta com serviço especializado. Entrar em contato com o TelessaúdeRS, caso seja necessário auxílio com o tratamento.	Pré-natal Alto Risco Tipo II
- Pessoas gestantes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; - Suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão-alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).	- Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da pessoa gestante; - Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o Pré-natal de Alto Risco.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica

ALTERAÇÕES ECOGRÁFICAS NA GESTAÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Alterações no líquido amniótico: - oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5 cm ou bolsão $<$ 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica; - polidrâmnio (ILA $\geq$ 24 cm ou bolsão $\geq$ 8 cm), após avaliação em emergência obstétrica, se necessário. Alterações fetais: - crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), após avaliação em emergência obstétrica.	Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
Alterações placentárias: - placenta prévia, independentemente da idade gestacional; - placenta de inserção baixa (distanto $\leq$ 2cm do orifício cervical interno) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; - acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); - síndrome da banda amniótica ou identificação de banda amniótica em ecografia. Alterações fetais: - alterações graves como ascite, hidropsia e derrame pericárdico, após avaliação em emergência obstétrica.	Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II
Oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5cm ou bolsão $<$ 2cm), para avaliação de bem-estar fetal; Polidrâmnio (ILA $\geq$ 24cm ou bolsão $\geq$ 8cm) sintomático (dor, dispneia); Placenta prévia com sangramento; Crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), para avaliação de bem-estar fetal; Alterações fetais graves como ascite, hidropsia e derrame pericárdico, para avaliação de bem-estar fetal.	- Após alta hospitalar, referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao p; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica

- **Evidência ecográfica de fetos com malformações congênitas maiores não cardíacas¹ ou sugestivas de prováveis doenças genéticas** (como microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise).
- **Evidência ecográfica de fetos com cardiopatias congênitas.²**
- **Ecografia obstétrica** realizada entre 11 e 13+6 semanas **com translucência nuchal acima do percentil 95 para a idade gestacional** conforme o comprimento cabeça-nádega;
- **Ecografia obstétrica com outros marcadores que indiquem risco elevado para cromossomopatia.**

- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco Medicina Fetal ou Cardiopatia Congênita;
- Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco ou Medicina Fetal;
- A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.

¹Anomalias maiores: Anencefalia, holoprosencefalia, Meningomielocoe com ou sem hidrocefalia, fendas palatinas (com ou sem lábio leporino); hérnia diafragmática, cardiopatia congênita, agenesia renal unilateral; estenose de piloro; malformação de membros superiores ou inferiores.

²Condições que não necessitam intervenção cardíaca no período fetal ou neonatal: alterações cardíacas como defeito septal atrioventricular parcial; defeito septal atrioventricular completo balanceado; comunicações interatriais ou interventriculares isoladas; constrição prematura de canal arterial; estenose aórtica e pulmonar de grau leve; extrassístoles supraventriculares isoladas; cardiopatias associadas a cromossomopatias incompatíveis com a vida, em especial casos de trissomia dos cromossomos 13 ou 18.

²Condições com possível intervenção cardíaca no período fetal ou neonatal: alterações cardíacas graves como transposição das grandes artérias; atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica; coarctação da aorta ou interrupção do arco aórtico; estenose aórtica moderada ou severa; dupla via de saída de ventrículo direito; tronco arterial comum; drenagem venosa anômala das veias pulmonares; hipoplasia do coração esquerdo; defeito septal atrioventricular completo e desbalanceado; Anomalia de Ebstein; Tetralogia de Fallot; atresia tricúspide (inclui displasias tricúspide severas); tumores cardíacos com obstrução aos fluxos de entrada ou saída ventriculares; agenesia de valva pulmonar; miocardiopatias e miocardites com disfunção ventricular; outras cardiopatias complexas; e, patologias não cardíacas que podem cursar com repercussão hemodinâmica como compressão extrínseca do coração (hérnia diafragmática congênita, malformação adenomatoide cística pulmonar, tumores pericárdicos); síndrome de transfusão feto-fetal; agenesia de ducto venoso; o fístulas de alto débito (exemplo: aneurisma da veia de Galeno).

Referenciar para Pré-natal de Alto Risco - **Medicina Fetal ou Cardiopatia Congênita**

ISOIMUNIZAÇÃO RH

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
- Pessoa gestante com diagnóstico de isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares (anti-Kell ou outros) em gestação anterior; - Pessoa gestante com Coombs indireto positivo, em qualquer título; - Pessoa gestante com feto apresentando achados ecográficos de anemia, após avaliação em emergência obstétrica^{1 2}.	- Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares e verificar junto a regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco. ¹ Alterações ecográficas decorrentes da anemia fetal: alteração da ecotextura placentária, derrame pericárdico, cardiomegalia, aumento do líquido amniótico, oligoidrâmnio, ascite fetal, edema de subcutâneo, derrame pleural, velocidade máxima do pico sistólico da artéria cerebral média > 1,5 desvios-padrão ou 1,5 múltiplos da mediana. ²Encaminhar para o Pré-natal de Alto Risco – Medicina Fetal.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II
Isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares, com feto apresentando achados ecográficos de anemia¹, para avaliação de bem-estar fetal.	- Após alta hospitalar, referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco - Medicina Fetal; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco - Medicina fetal; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica

FATORES RELACIONADOS A GESTAÇÃO ATUAL

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
- Doenças psiquiátricas graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar); - Transtornos alimentares (como anorexia, bulimia); - Etilismo e tabagismo com indicativo de dependência; - Dependência e/ou uso abusivo de drogas.	- Referenciar para a Rede de Saúde Mental (Ambulatórios de Saúde Mental, NAAB, E-multi, CAPS ou outros dispositivos da rede pactuados); - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao serviço; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de risco habitual na APS Pré-natal compartilhado com Saúde Mental

• Ganho ponderal inadequado (insuficiente ou excessivo); • Infecção urinária (até duas ocorrências) ou um episódio de pielonefrite.	• Tratar e orientar conforme <u>Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres</u> [8] e <u>Manual de Gestação de Alto Risco</u> [17]; • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese; • Remarcar consulta em intervalo menor.	Pré-natal de risco habitual na APS
Condições fetais: • gemelaridade dicoriônica/diamniótica; • suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível; Condições maternas: • tromboembolismo venoso prévio; histórico de cirurgia bariátrica com deficiência nutricional atual; três ou mais cesarianas prévias.	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
• Condições fetais: gemelaridade monocoriônica e/ou monoamniótica.	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco – Medicina Fetal.	
Condições maternas: • Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; • Pneumopatias graves; • Nefropatias graves (como doença renal crônica, comoglomerulonefrite); • Doenças hematológicas (como trombofilias¹, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); • Doenças neurológicas (como epilepsia², acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras collagenoses); • Anormalidades uterinas congênitas (como útero bicornio, septado, didelfo) e adquiridas (como miomas que causem distorção de cavidade uterina, conização prévia, entre outros); • Deformidade esquelética materna grave; • Desnutrição ou obesidade grau III (IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$); • Cirurgia bariátrica prévia até 1 ano antes da gestação; • Diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); • Suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau).	• Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; • Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; • A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. ¹Os casos de trombofilia devem ser referenciados ao Pré-natal de Alto Risco, porém a prescrição da enoxaparina já deve ocorrer na APS, seguir as recomendações do item 3.9.7, na pág. 53. ²Referenciar também para Neurologia.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II

CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO EM GESTAÇÃO PRÉVIA

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
- Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia); - Malformação fetal; - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; - Diabetes mellitus gestacional; - Intervalo interpartal < dois anos; - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); - Cirurgia uterina anterior; - Duas ou mais cesáreas prévias.	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.	Pré-natal de risco habitual na APS
Condições fetais: história prévia de conceptos com malformações congênitas maiores¹	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. Malformações congênitas maiores: Anencefalia, holoprosencefalia, meningomielocoe com ou sem hidrocefalia, fendas palatinas (com ou sem lábio leporino); hérnia diafragmática, cardiopatia congênita; agenesia renal unilateral; estenose de piloro; malformação de membros superiores ou inferiores.	Pré-natal de Alto Risco Tipo I
Condições fetais: - história prévia de conceptos com doenças raras (como cromossomopatias, erro inato de metabolismo, entre outras). Condições maternas: - história de óbito fetal no 3º trimestre; - mau antecedente obstétrico (síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, hemorragia em parto anterior, entre outros); - acretismo placentário em gestação anterior; - história de parto prematuro com menos de 34 semanas; - cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo com a pessoa gestante, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II

TROMBOCITOPENIA NA GESTAÇÃO

Fatores de risco	Orientações para a APS	Estrato
Trombocitopenia com contagem plaquetária $< 100\text{mil céls/mm}^3$, em qualquer trimestre da gestação - suspeita de outras causas que não trombocitopenia gestacional.	- Referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o pré-natal de alto risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.	Pré-natal de Alto Risco Tipo II
Qualquer manifestação hemorrágica; Trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³; Citopenias com critérios de gravidade¹; Trombocitopenia associada a aumento da pressão arterial (PA sistólica ≥ 140 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 mmHg; ou presença de anemia hemolítica; ou elevação de transaminases ou provas de função hepática; ou perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria).	- Após alta hospitalar, referenciar via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal, regional ou estadual) para o Pré-natal de Alto Risco; - Verificar junto à regulação e/ou pessoa gestante se houve o acesso ao Pré-natal de Alto Risco; - A US deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. ¹Citopenias com critérios de gravidade: Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/mm³); ou bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como hemoglobina < 7 g/dL; e/ou neutrófilos < 500 céls/mm³; e/ou plaquetas < 50 mil céls/mm³.	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2012a, 2016, 2022b, 2022d, 2022e, 2023d) [7,8,17,20,23,33], Rio Grande do Sul (2018) [14], Fundação Oswaldo Cruz (2022) [21], TelessaúdeRS (2023) [30], Brasil (1940, 2012, 2022) [31,32,44] e Ministério Público do Rio Grande do Sul (2022) [43].

5. CONSULTA PUERPERAL

A duração do puerpério pode variar dependendo de questões anatômicas, fisiológicas e psicossociais como vivência da maternidade, sexualidade, autoestima, reorganização da vida pessoal e familiar, vulnerabilidades, entre outras. É importante que as equipes estejam atentas a condições de risco e/ou vulnerabilidade física, psíquica e/ou social, tanto para o cuidado quanto para o acionamento de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde e/ou da rede intersetorial, se necessário.

O acesso do binômio mãe-bebê à APS, já na primeira semana de vida do recém-nascido, é uma oportunidade de promoção de saúde e prevenção de agravos, assim como viabiliza a identificação de sinais de alerta. Para isso, torna-se fundamental a implantação da estratégia do 5º dia de Saúde Integral que contempla um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela APS [7].

A visita domiciliar para a pessoa puérpera e o recém-nascido deve ser realizada entre o 3º e o 5º dia, assim como a consulta na APS (agendada antes da alta da maternidade através do contato com a US de referência), viabilizando a realização do teste do pezinho. Caso o recém-nascido tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer até 3 dias após a alta [7].

O acompanhamento do período gravídico puerperal encerra-se após a realização de ao menos duas consultas puerperais (sendo a primeira preferencialmente nos 5 primeiros dias após o parto e a segunda até o 40º dia), mas o seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal [7,8].

Os profissionais devem estar atentos a sinais e sintomas que possam indicar quaisquer complicações no puerpério, pois a mortalidade materna no período é relevante. No RS, em 2022 (dados preliminares), 78% dos óbitos maternos ocorreram no puerpério [5].

Distúrbios hipertensivos da gestação, hemorragia, infecções, complicações no parto e abortamento inseguro são as principais causas de morte materna e representam aproximadamente 75% do total de óbitos maternos no mundo [17].

A busca ativa é uma estratégia para a promoção de saúde e prevenção desses agravos. As equipes devem lançar mão desta estratégia sempre que observarem que as pessoas gestantes ou puérperas não estão comparecendo ao acompanhamento pré-natal ou pós-parto.

Quadro 16: Principais recomendações sobre o cuidado em saúde no puerpério

Contrarreferência	A contrarreferência do hospital para a Unidade de Saúde em que foi realizado o pré-natal deve ser pactuada na gestão municipal e é essencial para que a consulta puerperal seja realizada precocemente, sendo possível o agendamento ainda na maternidade.
Primeiro contato após o parto	O profissional da APS deve verificar se houve intercorrências durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato e como foi o atendimento para elaborar um plano para a continuidade dos cuidados.
Primeira Semana de Atenção Integral	Recomenda-se realizar visita domiciliar por profissional APS, onde pode ser verificado o estado de saúde da pessoa puérpera e do recém-nascido, a interação familiar, se há suporte para o cuidado, aleitamento materno, situações de vulnerabilidade/violência.
Violência	É importante adotar uma postura vigilante quanto a possibilidade de haver casos de violência doméstica e de outros tipos no território. Frente a essas situações, deve-se acolher e realizar os devidos encaminhamentos para a rede intersetorial.
Registro dos atendimentos	Todos os atendimentos devem ser registrados no prontuário do paciente. Consultas, visitas domiciliares, atividades educativas e demais ações ou procedimentos devem constar no prontuário eletrônico.
Consulta puerperal e do recém-nascido	
Avaliação da Caderneta da Criança	Avaliar as condições da alta da maternidade, verificar as condições perinatais , intercorrências no parto, registro de administração de imunoglobulina humana anti hepatite B, aplicação da vacina BCG e hepatite B, encaminhar para a sala de vacina se necessário, avaliar resultados do teste do olhinho, linguinha, coraçãozinho e orelhinha e, caso ainda não tenham sido realizados, viabilizar o agendamento. Encaminhar para coleta do Teste do Pezinho (entre 3º ao 5º dia após o nascimento).
Cuidados com o recém-nascido e sinais de alerta	Avaliar aleitamento materno, orientar livre demanda e ofertar apoio, orientar sobre cuidados com o recém-nascido, como técnica de banho diário, higiene do coto umbilical, prevenção de acidentes, evitar contato com fumantes, evitar locais aglomerados, posição supina para dormir e tempo de sono, evitar leito compartilhado, desestimular o uso de mamadeiras e chupetas, seguir calendário de imunização, medidas preventivas com suplementação de vitaminas e ferro. Orientar sobre as consultas de rotina: Na 1ª semana, 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês de vida. A partir de 2 anos de idade, as consultas de rotina devem ser anuais. As crianças que necessitam de mais atenção devem ser acompanhadas com maior frequência. Orientar sobre sinais de alerta que necessitem de encaminhamento para a emergência.
Avaliação da Caderneta da Gestante e/ou o sumário de alta	Verificar dados da gestação, número de consultas, medicações utilizadas e/ou prescritas, intercorrências, tipo de parto, intercorrências no parto, uso de imunoglobulina anti-D, lacerações do parto vaginal.

Condições clínicas da pessoa puérpera	Deve-se avaliar, por exemplo, sintomas preditivos de infecções e hemorragias, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, tromboembolismo, seguimento de condições clínicas identificadas durante a gestação e doenças de base. A hipertensão e as doenças cardiometabólicas e suas complicações devem ser avaliadas e investigadas. Orientar sobre sinais e sintomas das principais complicações no puerpério.
Exame físico da pessoa puérpera	Deve-se realizar exame físico individualizado conforme as necessidades de saúde apresentadas, incluindo a realização do exame ginecológico. Avaliar a ferida operatória: • Em caso de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções ou sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor e limitação funcional), queixas urinárias, presença de hemorroidas; • Em caso de cesariana indagar sobre dor na ferida operatória e presença de secreção - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme prescrição médica; • Em caso de inserção de DIU pós-placentário, agendar nova revisão em 30-45 dias.
	Avaliar sinais vitais, avaliar mamas e mamilos (atentar para sinais e/ou sintomas suspeitos que possam indicar câncer de mama ou outras intercorrências (ver mais em Aleitamento materno na pág. 79), observar lesões que possam indicar situação de violência, examinar abdome (contração uterina, dor a palpação, aspecto da ferida operatória), exame do períneo e genitais externos. Avaliar membros inferiores, observar a presença de edemas, dor, hiperemia local; sinais flogísticos, varicosas e sinais de trombose venosa profunda (realizar sinal de Homan, que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, o sinal será positivo se houver dor, e sinal de Bandeira, que consiste em palpar a panturrilha e comparar com a outra, o sinal será positivo se houver edema, dor, rubor e calor, a movimentação ficará comprometida).
Bem-estar emocional	Os profissionais devem estar atentos aos sinais e avaliar a ocorrência de depressão e ansiedade pós-parto, caso necessário devem encaminhar a serviços especializados. Avaliar sentimentos sobre a maternidade, padrão de sono, atividades e atentar para os sinais de alerta. A <u>Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo</u> pode ser utilizada como ferramenta.
Cuidados pessoais	O profissional deve aconselhar sobre a importância da alimentação saudável, higiene (especialmente sobre importância da higiene perineal) e prática progressiva de atividade física, conforme as possibilidades.
ISTs	A transmissão vertical do HIV também pode ocorrer através do aleitamento e a consulta puerperal deve ser uma oportunidade para testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. A testagem rápida de HIV deve ser repetida sempre que houver exposição da lactante, além disso deve ser orientado sobre estratégias de prevenção combinada, como uso de preservativos; avaliar a necessidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no caso de uma exposição de risco em até 72h, entre outras. Os testes rápidos com resultados reagentes devem ter seu encaminhamento e diagnóstico confirmado conforme orientações do <u>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis</u> [20].
Anemia	A anemia é um agravo comum no pós-parto e o profissional de saúde deve fazer sua prevenção por meio da prescrição de sulfato ferroso por até três meses após o parto.

Vacinação	O esquema vacinal da puérpera e do recém-nascido deve ser completado de acordo com o calendário vacinal. É importante ter atenção quanto à vacinação em pessoas com risco de contrair rubéola no puerpério para a proteção de gestações futuras.
Agravos durante o pré-natal	Os profissionais devem redobrar a atenção no caso de pessoas gestantes que apresentaram agravos , como hipertensão, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, por exemplo, pois apresentam risco aumentado para doenças cardiovasculares, especialmente se associados a determinantes sociais.
Síndromes hipertensivas	Para pessoas gestantes que tiveram pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade recomenda-se o seguimento puerperal de rotina na APS, nos casos em que, após o parto, os valores da pressão arterial se mantêm sob controle, sem necessidade de medicação anti-hipertensiva e que não apresentem microalbuminúria significativa. É recomendado aferir a pressão arterial diariamente ou a cada dois ou três dias, nos casos de persistência de hipertensão arterial após o parto e que receberam alta hospitalar com medicação anti-hipertensiva. Deve-se suspender essa medicação quando os valores da pressão arterial se mantiverem inferiores a 140x90 mmHg.
	Mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia com sinais de gravidade devem ser seguidas em serviço secundário ou terciário de atenção à saúde até que se constate a involução do processo hipertensivo ou a necessidade de se referenciar para avaliação especializada com nefrologista ou cardiologista.
	Orienta-se pelo menos 3 momentos de avaliações médicas distintas: até o 5º dia de pós-parto, por volta de 40 dias de pós-parto e cerca de 12 semanas de pós-parto. Com isso, é possível manter a vigilância precoce, ajuste de medicação e redefinir o diagnóstico.
	Na consulta entre 6 e 8 semanas após o parto , recomenda-se: • reavaliar a pressão arterial e ajustar medicamentos; • avaliar a presença de fatores de risco cardiovasculares modificáveis como tabagismo, obesidade e sedentarismo, além de orientar hábitos saudáveis na alimentação e estilo de vida; • repetir os exames para puérperas que tiveram alterações laboratoriais como: aumento da concentração das enzimas hepáticas, hiperuricemia, plaquetopenia, microalbuminúria ou proteinúria significativas, aumento da creatinina sérica ou da taxa de filtração glomerular estimada e, em caso de alterações, avaliar a necessidade de encaminhamento para avaliação especializada (nefrologista – quando a pressão arterial é de difícil controle ou persistência de proteinúria/albuminúria ou sedimento urinário ativo ou alteração na TFG estimada); • orientar sobre contracepção, evitando o uso de estrógenos para mulheres que permanecem hipertensas após o parto; • iniciar o uso de estatina quando o risco cardiovascular estimado for superior a 5-7,5%.
	No caso de puérperas com histórico de pré-eclâmpsia recomenda-se encaminhamento para avaliação clínica pelo menos uma vez por ano, com foco no controle de fatores de risco modificáveis.
	Avaliar e investigar cefaleia acompanhada por um ou mais dos seguintes sintomas: distúrbios visuais, náusea, vômito.

Diabetes Mellitus na Gestação (DMG)	O aleitamento materno deve ser estimulado, inclusive nos casos de DMG, estando associado à melhora na glicemia após o parto.
	Ofertar orientação nutricional para o puerpério e amamentação, orientar a suspensão da terapia farmacológica antidiabética e orientar retorno à unidade de saúde para a solicitação de: Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) ou Glicemia de jejum, que deve ser realizado em seis a oito semanas pós-parto. Caso o exame esteja normal, glicemia de jejum e/ou TOTG com 75g de glicose ou medida da hemoglobina glicada (HbA1c) deve ser reavaliada anualmente. Mulheres cujo recém-nascido teve peso $\geq 4.000\text{g}$ também devem realizar o exame TOTG entre seis e oito semanas pós-parto, mesmo que não tenha apresentado hiperglicemia durante a gestação.
	O risco de desenvolvimento de DM tipo 2 ou intolerância à glicose é significativo. Por isso, o acompanhamento pela APS é essencial. São considerados fatores de risco: • Glicemia em jejum na gestação acima de 100mg/dL; • Etnia não branca; • História familiar de diabetes tipo 2, principalmente materna; • Ganho excessivo de peso durante ou após a gestação; • Obesidade; • Obesidade abdominal; • Dieta hiperlipídica; • Sedentarismo; • Uso de insulina na gestação.
Síndromes hemorrágicas puerperais	Avaliar e investigar perda de sangue súbita e abundante ou aumento persistente dessa perda, desmaios, tonturas, palpitações.
	Avaliar presença de anemia em todos os contatos com a puérpera.
Infecção puerperal	Sinais de alerta: febre ou calafrios, diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico), exantema, dor abdominal ou pélvica, alteração da loquiação, tosse produtiva, sintomas urinários, aumento do volume mamário ou vermelhidão nas mamas, edema e/ou rubor de ferida operatória (em caso de cesariana ou episiotomia), cor e odor de leucorreia presente, demora na involução uterina, letargia, inapetência.
Tromboembolismo	Avaliar e investigar: dor, vermelhidão ou inchaço na panturrilha unilateralmente, além de falta de ar ou dor no peito.
Aleitamento materno	Realizar observação da mamada e escuta qualificada das queixas da pessoa puérpera. Indagar como se sente em relação à amamentação, orientar sobre os benefícios do aleitamento materno para o recém-nascido e para a puérpera, pois favorece a diminuição do sangramento pela contração uterina durante a amamentação; fisiologia da lactação; fases do leite materno; sinais de fome do bebê; livre demanda; técnica de amamentação (pega e posicionamento corretos, posições para amamentar); apoadura; intercorrências mais comuns (lesões mamilares, ingurgitamento, mastite); técnica de ordenha e armazenamento do leite materno (ver mais em <u>Telecondutas: Aleitamento Materno</u> (2020)). Nas situações em que não é possível a amamentação muitas vezes pode se experimentar uma sensação de decepção e até mesmo culpa, neste sentido, o profissional deve estar preparado para apoiar nestas situações.

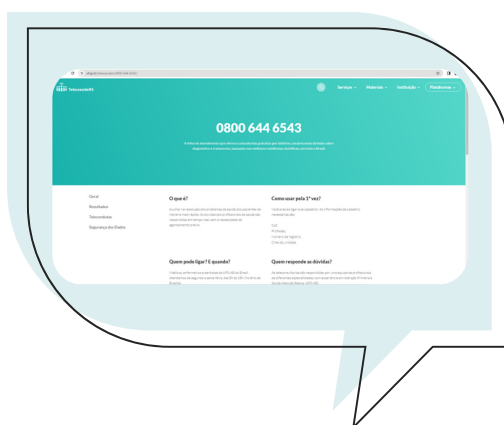
Saúde sexual e reprodutiva	Devem ser discutidas informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, ofertados métodos contraceptivos disponíveis e a escolha deve ser individualizada. Mais informações neste Guia, no capítulo 1 - Planejamento Sexual e Reprodutivo.
Envolvimento do parceiro(a)	Recomenda-se o envolvimento do parceiro(a) também no período pós-natal para facilitar e apoiar a melhoria do autocuidado e do cuidado ao recém-nascido, com respeito às escolhas da mulher e de sua autonomia na tomada de decisões.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2012a, 2016, 2021b, 2021c, 2021d, 2022b, 2022d, 2022e, 2023g) [7,8,17,20,23,51,53,60,67], TelessaúdeRS (2020, 2023) [30,61], Fundação Oswaldo Cruz (adaptado de 1987, 2021, 2022a, 2022b) [59,62,65,66], Organização Mundial da Saúde (2022) [63], Costa et al (2023) [64].

6. TELESSAÚDERS-UFRGS

Destinado para médicos, enfermeiros e dentistas da APS, tendo por objetivo fornecer informações atualizadas e baseadas em evidências científicas. As teleconsultorias são respondidas em tempo real, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone 0800 644 6543. Mais informações podem ser acessadas no site:

Telessaúde RS



Materiais de apoio:

Pré-natal



Puerpério



Pré-eclâmpsia



Atenção Básica - RS



Atenção
Básica do RS

REFERÊNCIAS

1. Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta; 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf
2. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Informativo da Atenção Básica RS. Porto Alegre; 2017. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201708/01153752-material-orientador-planificacao-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
3. Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 206/17 - CIB/RS; 2017. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/05110251-cibr206-17.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra. Vol. 1 – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/>
5. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico do estado do Rio Grande do Sul Mortalidade Materna Infantil e Fetal 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202306/20142715-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-no-rs.pdf>
6. Leal MC et al. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento]. CCI/ENSP; 2012. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wpcontent/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022a. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_led.pdf

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2015, 44p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

14. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. Nota Técnica 01/2018 Adolescentes e o direito de acesso à saúde. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180914/26101408-5-nota-tecnica-0110set2018.pdf>

15. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Nota de recomendação DAPPS/DAGAE/SES- Nº 01/2022 Redução de barreiras linguísticas a gestantes de grupos populacionais específicos. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/30112005-recomendacao-maternidade-barreiras-linguisticas.pdf>

16. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Telecondutas: atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/wpcontent/uploads/2022/08/tc_atendimento_pessoa_trans.pdf

17. 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, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

18. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Perguntas & Respostas sobre Principais Questões sobre Risco Reprodutivo e Contracepção. Postagens. Rio de Janeiro, 3 set 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-risco-reprodutivo-e-contracepcao/>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/05/caderno_suplementacao_micronutrientes.pdf

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. 2022d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf
21. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Gestação na Doença Falciforme. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-gestacao-na-doenca-falciforme/>
22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf
23. Brasil. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf
24. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de encaminhamento para Infertilidade. RegulaSUS. Porto Alegre: TelessaúdeRS; 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Infertilidade.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário de Vacinação 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>
26. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, fev. 2023. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/tabela_vacinal_vacina%C3%A7%C3%A3o_povos_indigenas.pdf
27. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.737 de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-14.737-de-27-de-novembro-de-2023-526247935>
28. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Pré-natal, parto, puerpério para mulheres privadas de liberdade e parceiros(as), 2023. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/23171609-cartilha-pre-natal-parto-e-puerperio-para-mulheres-privadas-de-liberdade-e-parceiros-as-organizador-grafico-1.pdf>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view

30. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco): versão digital 2023. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>
31. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
32. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Distrito Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54. 2012c. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF54.pdf>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2023d. 144 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepbdigital.pdf
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente e Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Instrução normativa que define o Calendário Nacional de Vacinação de 2023. Brasília, 2023e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2023>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
36. Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 3 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021a. 15 p.: il. Modo de acesso: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo3.pdf
37. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Saúde mental perinatal. Rio de Janeiro, 20 jan. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal/>
38. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
39. Flor, RB et al. Intimate partner physical violence and inadequate weight gain in pregnancy. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 23, p. e20210005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/j7x5sdKz3pNY3949RHZRQ4d/?lang=en#>

40. Menezes, TC et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 25, n. 5, p. 309–316, jun. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000500002>
41. Okada MM, Hoga LA, Borges AL, Albuquerque RS, Belli MA. Violência doméstica na gravidez. [Internet]. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015 junho: p. 270-274. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v28n3/1982-0194-appe-28-03-0270.pdf>
42. Assis JF de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv Soc Soc*. 2018Sep;(133):547–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>
43. Rio Grande do Sul. Ministério Público do Rio Grande do Sul. Violência sexual contra crianças e adolescentes: Linhas de cuidado em saúde para casos de gestação. Orientações a Conselheiros e Conselheiras Tutelares. 2022. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/media/areas/infancia/arquivos/2022cuidadossaudecriancaadolecente.pdf>
44. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal e das disposições específicas previstas em tratados, convenções ou acordos internacionais de que o Brasil seja parte; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e as Leis nºs 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei de Crimes Hediondos), e 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência; e dá outras providências. 2022f. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm
45. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm.
46. Do Carmo CBC, et al. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. Brasília. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1367574/femina-2022-503-184-192.pdf>
47. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Diretriz clínica para prevenção, diagnóstico e manejo de Síndromes Hipertensivas na gestação. 2023. Disponível em: <https://www.einstein.br/DocumentosAcessoLivre/DIRETRIZ-CLINICA-PARA-PREVENCAO-DIAGNOSTICO-E-MANEJO-DE-SINDROMES-HIPERTENSIVAS-NA-GESTACAO-TMI.pdf>
48. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia: Série, orientações e recomendações. Edição 8. São Paulo. 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAYMPSIA.pdf
49. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. TeleCondutas: Doenças Hipertensivas na Gestação. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 09 jan. 2023. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2023/01/telecondutas_doencas_hipertensivas_gestacao.pdf

50. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Saúde da Mulher. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Estadual de Prevenção e Manejo da Hemorragia Puerperal. Porto Alegre; 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/23163813-cibr237-22.pdf>

51. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Diabetes – Brasília : Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_obstetricos_diabetes_gestacional_brasil.pdf

52. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Técnica N° 14/2023 - DATHI/SVSA/MS. 2023f. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf/view.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia. 2021c. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20211230_relatorio_pcdt_prevencao_de_tromboembolismo_gestantes.pdf

54. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

56. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2007/lei-11634-27-dezembro-2007-567635-norma-pl.html>

57. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

58. Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 236/2014. Instituir incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem. Porto Alegre; 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110114-1402422792-cibr236-14.pdf>

59. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), adaptado de e Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786. Disponível em: [https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Escala%20de%20Depressao%20Pos-parto%20de%20Edimburgo%20\(EPDS\).pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Escala%20de%20Depressao%20Pos-parto%20de%20Edimburgo%20(EPDS).pdf)

60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf

61. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. TeleCondutas: Aleitamento Materno. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 02 jan. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_aleitamento_materno_10.01.20.pdf

62. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais Questões sobre a Consulta de Puerpério na Atenção Primária à Saúde. In: Postagens. Rio de Janeiro, 05.05.2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>

63. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo. OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240044074>

64. Costa ML, Korkes HA, Ramos JGL, Cavalli RC, Martins-Costa SH, Borges VTM, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Sass N, de Oliveira LG, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaoneta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Silva VS, Peraçoli JC. Puerpério: como conduzir síndromes hipertensivas. Protocolo nº 02/2023 - Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2023. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-Puerperio-2023.pdf>

65. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Diabetes Mellitus na Gestação: Cuidados no Parto e Puerpério. Rio de Janeiro, 07 dez. 2022a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diabetes-mellitus-na-gestacao-parto-puerperio/>

66. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, mai. 2022. Disponível em: 10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna. Rio de Janeiro, mai. 2022b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/10-passos-do-cuidado-obstetrico-para-reducao-da-morbimortalidade-materna>

67. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária/Monitoramento e Avaliação. Guia resumo para atenção à saúde da gestante em APS no SSC/GHC / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Maurício Godinho Kolling. Porto Alegre, 2023g. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/natsghc/Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20da%20Gestante%20em%20APS%202023.pdf>

APÊNDICE I

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

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

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

- Mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada;
 - Mesa de exame ginecológico;
 - Escada de dois degraus;
 - Foco de luz;
 - Lençol e avental para pessoa gestante;
 - Balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg;
 - Esfigmomanômetro;
 - Estetoscópio clínico;
- 

- Fita métrica flexível e inelástica;
- Espéculos e pinças de Cheron;
- Material para realização do exame citopatológico (lâmina, lamínula, espátula de Ayre e fixador);
- Gaze, compressas, soro fisiológico;
- Sonar doppler (se possível);
- Gestograma ou disco obstétrico;
- Potes para coleta de exame de urina e realização de teste de gravidez;
- Luvas de procedimentos;
- Aparelho de hemoglicoteste (HGT);
- Suporte para esterilização dos materiais necessários.

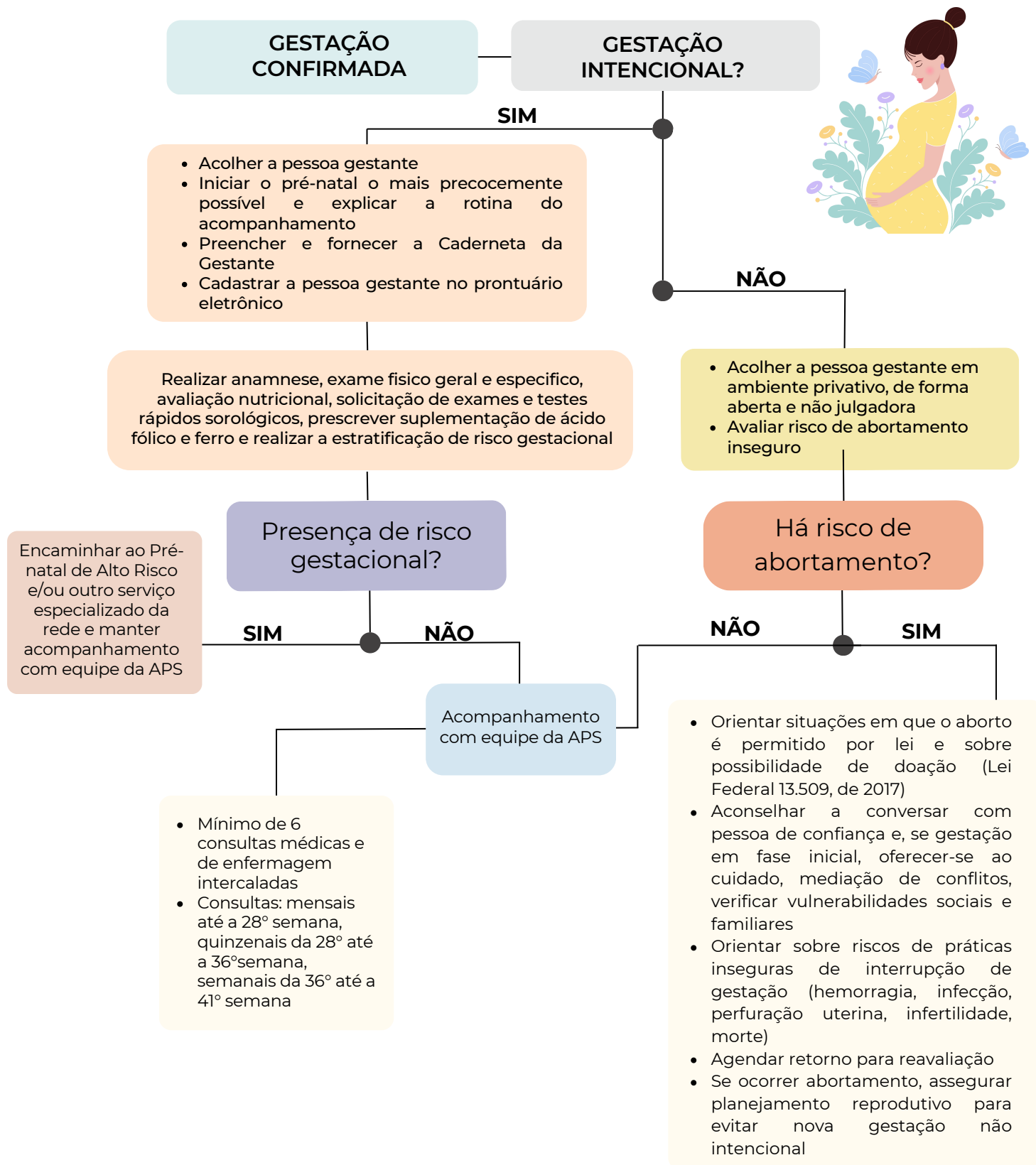
Sugere-se também:

- Mesa de exame ginecológico para pessoas obesas;
- Mesas ginecológicas elétricas para pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2012a) [7].

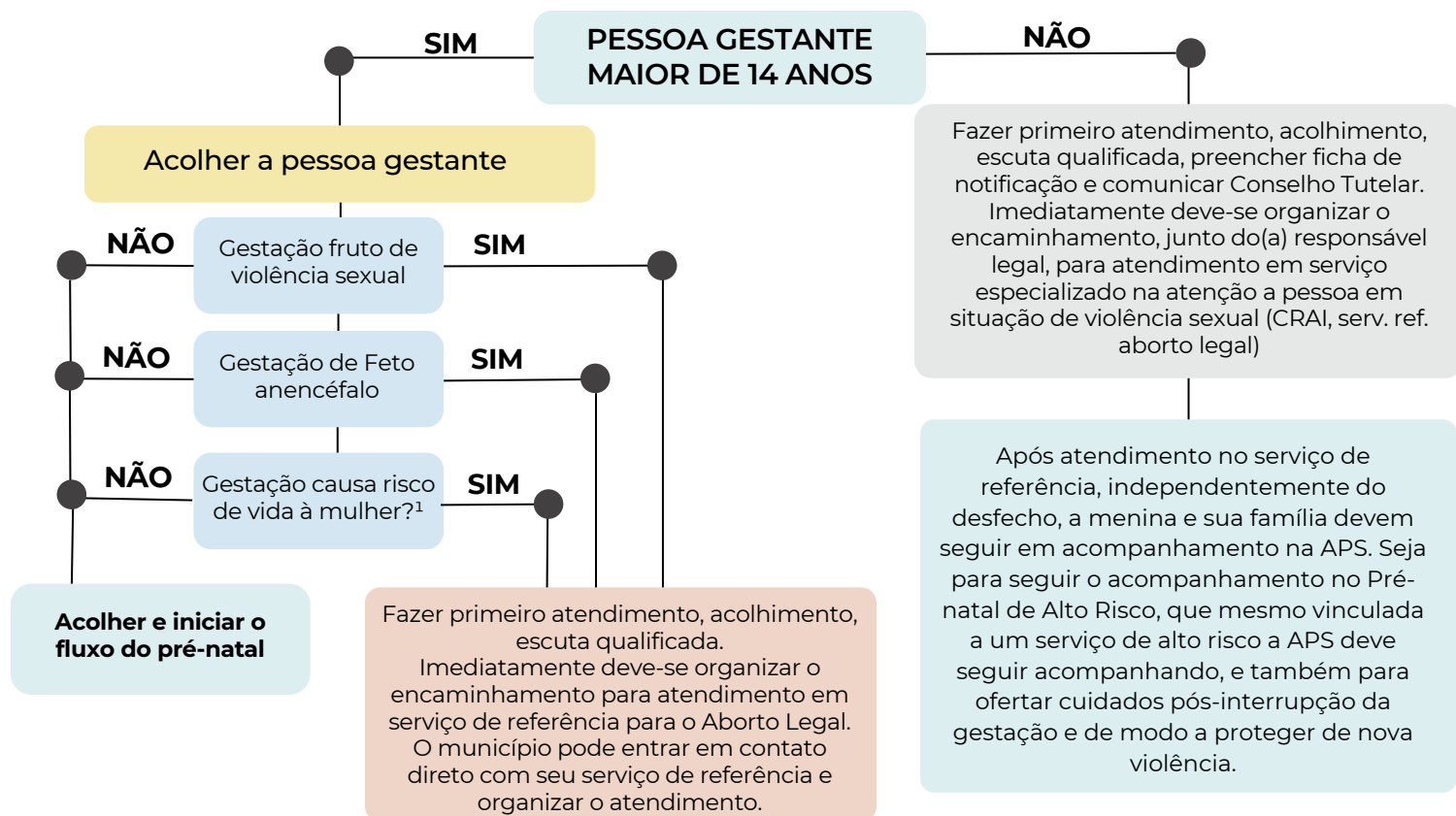
APÊNDICE II

Fluxograma do Pré-natal de risco habitual



APÊNDICE III

Fluxograma Interrupção Legal da Gestação



¹ Em caso de risco de vida à mulher, é necessário que o encaminhamento seja feito com os exames comprobatórios do risco gestacional e aconselha-se uma avaliação prévia de no mínimo dois profissionais: um médico obstetra e um clínico.

Independentemente do desfecho da gestação, a APS deve acompanhar o percurso de meninas e mulheres nos diferentes serviços de saúde, sempre mantendo vínculo.

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério Público do Rio Grande do Sul (2022) [79].

DIREITOS

Toda pessoa que gesta tem direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança tem direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis no SUS.

Direitos trabalhistas: licença-maternidade de 120 dias para pessoas gestantes com carteira de trabalho assinada; não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa; mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou a saúde do bebê; receber **DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO** sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame; ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar até o bebê completar seis meses; licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê.

Direitos nos serviços de saúde: receber atendimento com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, identidade de gênero, religião, idade ou condição social; ser chamada pelo nome que preferir. Caso seja adolescente: você tem o direito, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de ser atendida com sigilo, privacidade, autonomia e receber informações sobre planejamento reprodutivo e sexualidade responsável; direito de ser atendida sozinha, se preferir.

Recomenda que os serviços de saúde assegurem às gestantes surdas ou com deficiência auditiva o direito à presença de intérprete de LIBRAS ou atendente pessoal de sua escolha nas consultas e exames pré-natal e atendimentos em maternidades, especialmente no parto e no pós-parto. Esta recomendação também se aplica às gestantes migrantes e indígenas que apresentem barreiras de comunicação, garantindo o direito em relação à presença de um intérprete do seu idioma, sem prejuízo ao direito ao acompanhante garantido pela Lei Federal nº 11.108/2005.

Referência: adaptado da Caderneta da Gestantes (8a edição) e Nota de recomendação DAPPS/DAGAE/SES- Nº 01/2022

TELEFONES ÚTEIS

- Samu: 192
- Ouvidoria-Geral do SUS: 136
- Polícia Militar: 190
- Central de Atendimento à Mulher: 180
- Corpo de Bombeiros: 193
- Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: 100
- Disque Parar de Fumar: 0800 61 1997
- Telefone Ouvidoria SES/RS: 0800 6450 644
- WhatsApp: (51) 98405-4165

Plano de Parto baseado no guia "Assistência ao Parto Normal: um guia prático", da Organização Mundial de Saúde – 2000 e no livro "Parto Normal ou Cesárea: tudo o que as mulheres deveriam saber" da Ana Cris Duarte e Simone Grilo Diniz – Ed. Unesp – 2000, no Plano de Parto do Hospital da Universidade Federal de Uberlândia e no Portal Drauzio Varella.

1ª EDIÇÃO



PLANO DE PARTO

GOSTARIA QUE ME CHAMASSEM DE:

O PROVÁVEL NOME DO MEU/MINHA BEBÊ É:

MINHA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA É:

DESEJO CONHECER A MATERNIDADE:

() SIM VISITA AGENDADA PARA:
() NÃO

DESEJO QUE ME ACOMPANHE DURANTE A INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE (LEI FEDERAL 11.108/2005):



GOSTARIA DE TER A PRESENÇA DE INTÉRPRETE DE LIBRAS OU ATENDENTE PESSOAL, DE MINHA ESCOLHA, DURANTE OS ATENDIMENTOS:

() SIM () NÃO

GOSTARIA DE TER A PRESENÇA DE INTÉRPRETE DO MEU IDIOMA, DE MINHA ESCOLHA, DURANTE OS ATENDIMENTOS:

() SIM () NÃO

ASSINATURA PACIENTE

ASSINATURA ACOMPANHANTE

ASSINATURA PROFISSIONAL

