



**Superintendência**

**Diretoria de Atenção Saúde**

**Núcleo de Governança Clínica**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo Multiprofissional	<b>PMAPBR/SAS</b>	<b>Versão: 02</b>
		<b>Pág.: 1/34</b>	
<b>Título do documento</b>	<b>PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL</b>	<b>Data de emissão: 23/04/2024</b>	
		<b>Revisão: 17/10/2024</b>	

## **1. INTRODUÇÃO**

O período gestacional é uma fase importante para as mulheres desde a fecundação pelo espermatozoide do óvulo até o nascimento. São fases de transformações físicas, emocionais e hormonais, e a assistência pré-natal é crucial para atendimento a gestantes usuárias de serviços de saúde públicos no Brasil, uma estratégia para ofertar às mulheres serviços de saúde e evitar complicações e/ou doenças de modo a garantir um parto saudável (BARROS, MORAES, 2020).

No Brasil a mortalidade materna é um dos principais problemas de saúde pública com 57,9 mortes por 100 mil nascidos vivos, com aumento para e 74,7 por 100 mil nascidos vivos em 2020 e 2021, período da pandemia por Covid-19. Os índices de mortalidade materna são fundamentais para mensurar as desigualdades e mensurar as causas que poderiam ter sido evitáveis por meio de pré-natal adequado, e detecção de complicações como a pré-eclâmpsia e eclâmpsia (IEPS, 2023).

É preconizado pelo Ministério da Saúde que o pré-natal inicie assim que a mulher descubra que está grávida e que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre, e que até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado é uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que



geralmente acontece na 40ª semana, podendo prolongar até 42 semanas (BRASIL, 2012).

No momento da consulta de pré-natal é realizado o acompanhamento da gestante, e do desenvolvimento do feto/bebê, esclarecimento de dúvidas, exame físico e análise clínica, bem como exames complementares necessários para completar a assistência.

Assim, para que as gestantes tenham assistência pré-natal adequada, desde a descoberta da gravidez até o parto, adota-se o presente protocolo para assistência à gestante e ao feto no Município de Aparecida de Goiânia.

## **2. OBJETIVO**

Implementar protocolo para assistência pré-natal, aumentando a adesão 80% no ano de 2024 no município de Aparecida de Goiânia.

## **3. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE NO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) deverão oferecer por meio das equipes de enfermagem e médica às gestantes:

- Acolhimento com cordialidade e escuta ativa;
- Classificação de risco;
- Consultas de acordo com o calendário de consulta;
- Exames (Teste rápido de IST, Teste da Mamãe);
- Solicitação de exames de rotina;
- Orientação sobre doação legal (quando for necessário);
- Orientação de planejamento familiar;
- Vinculação da gestante a unidade de referência para o parto;
- Orientação sobre plano de parto;
- Atendimento e encaminhamento das intercorrências;
- Grupos educativos com foco nas mudanças gestacionais e amamentação
- Vacinações;
- Busca ativa pelo ACS e tele atendimento



- Preenchimento completo da caderneta da gestante em todas as consultas.

#### 4. CALENDÁRIO DE CONSULTAS

O calendário adotado por Aparecida de Goiânia é de no mínimo 08 (oito) consultas pré-natal. Sendo que a primeira consulta deverá acontecer assim que a mulher descobrir a gravidez ou até a 12ª semana de gestação.

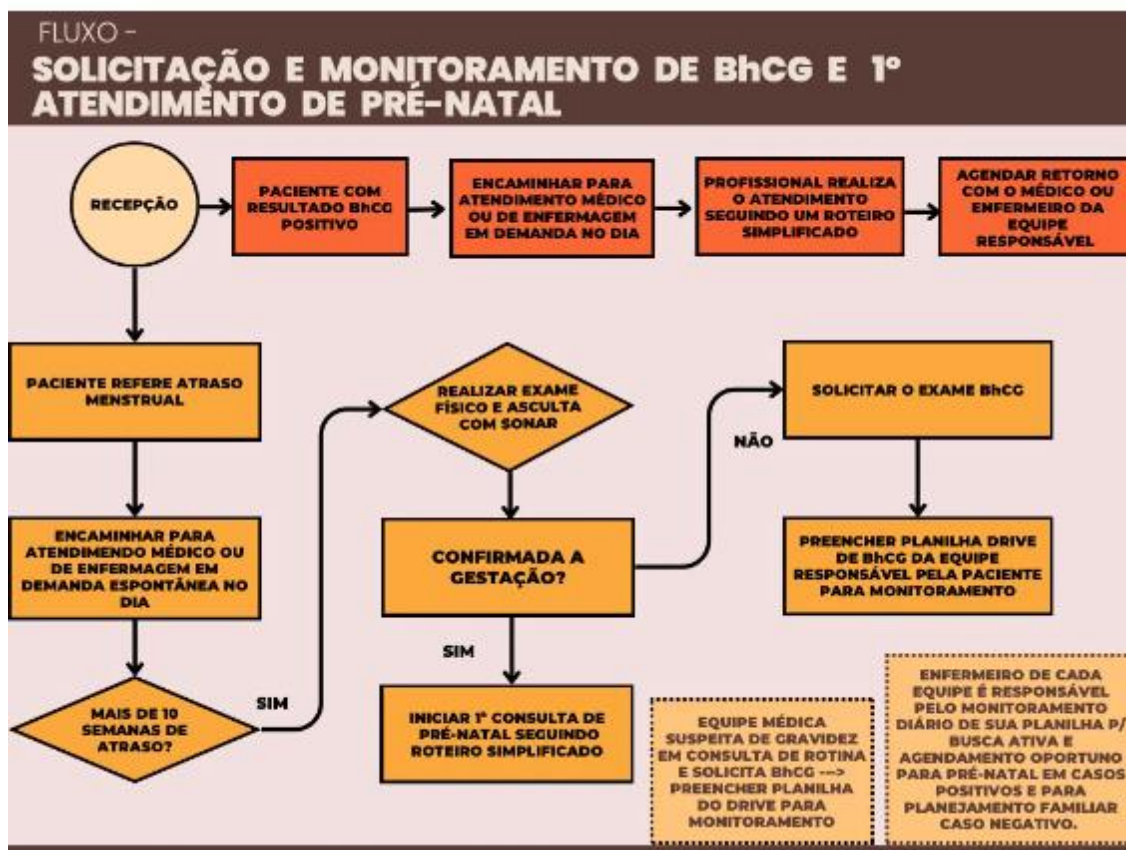
**Tabela 01- Consultas Pré-Natal por semanas**

<b>Idade Gestacional</b>	<b>Intervalo consultas</b>
Antes da 12ª semana	1ª Consulta
Até 28ª semanas	Mensalmente
Entre 28ª e 36ª semanas	Quinzenalmente
A partir de 36ª semana	Semanalmente até o parto

Fonte: FEBRASGO, 2014

As consultas para as gestantes no Município devem ocorrer em sistema “porta aberta”, ou seja, as pacientes podem se consultar na Unidade de Saúde de sua preferência. O atendimento às gestantes deve ser realizado no mesmo dia, sem necessidade de agendamento. As equipes precisam se organizar para esse acolhimento, visando início imediato ao pré-natal, solicitação de exames, realização de testes rápidos e início das suplementações. Para os casos que necessitem de agendamento, as consultas podem ser marcadas nas Unidades Básicas de Saúde, pelo Aplicativo Saúde Aparecida ou no telefone 0800-646-1590.

Fluxo do primeiro acolhimento:



#### SUGESTÃO DE ROTEIRO SIMPLIFICADO

##### Atendimento de Gestante 1ª Consulta em Demanda Espontânea

- PREENCHER CADERNETA DA GESTANTE
- REALIZAR TESTE RÁPIDO P/ IST'S
- SOLICITAR EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGRAMA, GLICEMIA, TIPAGEM SANGUÍNEA, FATOR Rh, Anti-HBs, TSH, EAS, UROCULTURA.
- SOLICITAR USG OBSTÉTRICA
- COLETAR 1º TESTE DA MAMÃE
- VERIFICAR SITUAÇÃO VACINAL
- PRESCREVER ÁCIDO FÓLICO, SULFATO FERROSO E SINTOMÁTICOS CONFORME NECESSIDADE E PROTOCOLO DE ENFERMAGEM.
- PREENCHER PLANILHA NO DRIVE DA EQUIPE DE REFERÊNCIA DA PACIENTE.
- HABILITAR CIAP OU CID DE GESTANTE

Fonte: autoria própria



Orientar a gestante sobre o itinerário dela nos diversos setores da UBS e entregar o checklist do seu percurso (ANEXO 1):



UBS \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissional responsável pela consulta: \_\_\_\_\_



**Meus passos na UBS após a consulta de pré-natal**

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
	MARCAR X	ASSINATURA
( ) Teste da mamãe 1ª amostra	( )	_____
( ) Teste da mamãe 2ª amostra	( )	_____
( ) Teste rápido	( )	_____
( ) Medicação	( )	_____
( ) Sala de Vacina	( )	_____
( ) Odontologia	( )	_____
( ) Farmácia	( )	_____
( ) Chequinho – recepção	( )	_____
( ) Agendar retorno – recepção	( )	_____
( ) Outros: _____	( )	_____

**5. RESPONSABILIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

- a) Acolher a paciente com escuta ativa;
- b) Aferir Pressão Arterial de acordo com as recomendações para a verificação\* e frequência cardíaca
- c) Aferir o peso corporal e calcular o IMC (índice de massa corpórea);
- d) Encaminhar ao enfermeiro e/ou médico para a avaliação clínica e obstétrica;
- e) Colher e/ou organizar documentação para consulta (cartão de vacina, caderneta da gestante, etc);
- f) Realizar a inserção dos dados iniciais da gestante na planilha;
- g) Visita domiciliar para as gestantes.



\*garantir a calibração dos aparelhos; certificar-se que o paciente não está de bexiga cheia, não praticou exercício físico, não ingeriu bebida alcoólica ou café e não fumou 30 minutos antes; liberar o braço de roupas com possam comprimir; escolher um manguito de acordo com a circunferência do braço; manter o braço na altura do coração; solicitar que o paciente não fale durante o procedimento e esteja com os pés descruzados; evite arredondar os valores da PA; esperar 1 a 2 minutos para uma nova medição.

## **6. RESPONSABILIDADE DO (A) ENFERMEIRO (A);**

- a) Acolher a paciente com escuta ativa;
- b) Manter atualizada a planilha da gestante com todas as informações e fazer o monitoramento constante para busca das faltosas.
- c) Discutir casos registrados em planilhas, em reuniões de equipe (monitoramento clínico, faltas, resultados exames; mudança do risco gestacional...);
- d) Realizar consulta intercalada com médico de pré-natal de baixo risco, seguindo as orientações contidas neste protocolo, adequada ao exercício da profissão;
- e) Realizar a classificação de risco da gestante em todos os encontros clínicos;
- f) Realizar teste da mamãe e testes rápidos;
- g) Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- h) Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- i) Solicitar exames complementares de rotina de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- j) Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso, ácido fólico e carbonato de cálcio, além de medicamentos padronizados para tratamento das IST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- k) Orientar a vacinação das gestantes (DTPa, hepatite B, COVID-19 e influenza);
- l) Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica especializada;
- m) Caso seja classificada como alto risco e houver dificuldade para agendamento da consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência (Maternidade);



- n) O enfermeiro pode acompanhar dentro da sua rotina de consultas, grupos educativos e visitas domiciliares, as gestantes de alto risco, intercaladas com o atendimento médico da unidade e do serviço especializado (PARECER COREN-SP 034/2014);
- o) Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, se necessário;
- p) Acompanhar e analisar os dados laboratoriais;
- q) Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- r) Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- s) Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
- t) Inserir gestante no Drive de Pré-Natal;
- u) Registrar os atendimentos no E-SUS-PEC seguindo o processo de enfermagem (coleta de dados ou investigação; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação) (COREN-SP, 2021);
- v) Realizar busca ativa das faltantes;
- w) Priorizar as visitas domiciliares para as gestantes de alta vulnerabilidade.

## **7. RESPONSABILIDADE DO MÉDICO (A)**

- a) Realizar a consulta médica de pré-natal, com avaliação clínica completa, (anamnese e exame físico geral e específico, incluindo avaliação de risco gestacional)
- b) Realizar a consulta de pré-natal e puerpério, compartilhada ou intercalada com a consulta da enfermagem. Orientar as pacientes com relação a riscos gestacionais e sobre o parto;
- c) Solicitar exames e orientar sobre tratamentos, segundo os protocolos de atendimento, incluindo coleta de exame citopatológico, quando indicada;



- d) Registrar seu atendimento na caderneta da gestante a cada consulta;
- e) Encaminhar as pacientes para unidades de referência quando necessário;
- f) Participar das atividades educativas como os grupos de gestantes e outros;
- g) Realizar visitas e prestar assistência domiciliar de acordo com a necessidade do caso;
- h) Avaliar e prestar o primeiro atendimento e posteriormente encaminhar para a referência em situações de urgência e emergência clínica ou obstétrica;
- i) Registrar consulta no E-SUS-PEC.
- j) Ser responsável, juntamente com o restante da equipe, pela vigilância das gestantes do território;
- k) Realizar busca ativa das faltantes;
- l) Acompanhar os resultados dos exames laboratoriais;
- m) Realizar visita domiciliar para gestantes de alta vulnerabilidade;
- n) Discutir casos em reunião de equipe.

## **8. PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ-NATAL MULTIDISCIPLINAR**

Na atenção básica as consultas da gestante serão alternadas entre médico e enfermeiro. As consultas devem ser iniciadas precocemente (no primeiro trimestre) e devem ser regulares, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam registradas no cartão da gestante sejam pelo profissional que realizou a consulta.

O profissional deverá seguir um roteiro de informações imprescindível para o acompanhamento da gestante e do planejamento do plano de parto, que deverá constar no prontuário da paciente conforme os itens a seguir:

- Histórico social do paciente (idade, cor, naturalidade, procedência grau de instrução, estado civil, dependentes, parceiro sexual, condição de moradia);
- História Patológica e familiar (Hipertensão, Diabetes, Cardiopatias, Epilepsia, Endocrinologia, Doenças neurológicas e psiquiátricas, cirurgias prévias, vacinação, medicamentos, uso drogas ilícita, chagas, hanseníase, oncológicos);





- Antecedentes ginecológicos (ciclos menstruais, contracepção prévia, IST, Cirurgias ginecológicas, Malformações uterinas, Mamas, Citologia, Regularidade dos ciclos, Ciclos menstruais, Contracepção, prévia, IST, Cirurgias ginecológicas, Malformações uterinas, Mamas, Citologia);
- Antecedentes obstétrico (Número de gestações, partos e abortamentos, filhos vivos, Idade gestacional, intercorrências clínicas e obstétricas anteriores, Aleitamento);
- Gestação atual (dia da última menstruação-DUM, hábitos alimentares, hábitos de vida, medicações em uso, cálculo da idade gestacional, e data provável do parto);
- Avaliar o cartão de vacinação;
- Solicitar exames e testes rápidos;

#### **8.1 EXAME FÍSICO NA CONSULTA**

- Calcular o índice de massa corpórea ( $IMC = \text{Peso pré-gestacional} / \text{altura}^2$ ), conforme tabela 02.
- Avaliar estado nutricional geral;
- Aferir sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar);
- Aferir Pressão arterial em todos os encontros;
- Inspeccionar pele, mucosa e mama;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Avaliar edema em membros inferiores;
- Realizar palpação no abdome;
- Palpar tireoide, região cervical, supra claviclar e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades)

#### **8.2 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO (GINECO-OBSTÉTRICO) INDISPENSÁVEIS**

- Palpação obstétrica (Manobra de Leopold Zweifel): esta técnica visa à identificação da apresentação, posição e situação fetal identifica a



apresentação cefálica, pélvica ou córmica, situação oblíqua ou longitudinal, posição direita ou esquerda. Variedade de posição (anterior, posterior e transversal) (BRASIL, 2006);

- Medir Altura Uterina (percentil >90 e <10 são anormais - investigar causas);
- Auscultar Batimentos cardíacos fetais -BCF (com uso do sonar a partir da 10ª - 12ª semana) - batimentos normais entre 120 a 160bpm;
- Realizar exame ginecológico.

**Tabela 02-Recomendação de acompanhamento de Índice de massa corpórea (IMC)**

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Classificação do IMC	Conduta
<18,5	Baixo peso	Aconselhamento sobre dieta e estilo de vida (poderá ser encaminhada a equipe de Nutrição)
≥18,5 e ≤25	Eutrofia	
≥25 e ,30	Sobrepeso	-Aconselhamento sobre dieta, riscos e estilo de vida (poderá ser encaminhada a equipe de Nutrição)
≥30	Obesidade	-Orientações -Pontuação 5 na estratificação de risco gestacional

Fonte: BRASIL, 2017

## 9. EXAMES DE ROTINA DA PRIMEIRA CONSULTA OU 1º TRIMESTRE

Os exames de rotina são divididos em teste da mamãe, exames laboratoriais e de imagem, que devem ser repetidos com periodicidade conforme idade gestacional e resultados apresentados conforme tabela 03.



**Tabela 03- Exames realizados na assistência Pré-Natal**

<b>1º Trimestre</b> (1 a 13 semanas)	<b>2º Trimestre</b> (14 a 26 semanas)	<b>3º Trimestre</b> (27 a 40 semanas)
<p><b><u>1º Teste da mamãe (1ª consulta):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV 1 e 2;</li> <li>- HTLV;</li> <li>- VDRL/FTA-abs;</li> <li>- Citomegalovírus;</li> <li>- Toxoplasmose;</li> <li>- Hepatite B;</li> <li>- Hepatite C;</li> <li>- Rubéola;</li> <li>- Chagas.</li> </ul>	<p>- Toxoplasmose IgG e IgM, <i>se susceptível de acordo com 1º Teste da Mamãe.</i></p>	<p><b><u>2º Teste da mamãe</u></b> (28 semanas)</p>
<p><b><u>Exames de rotina (1ª consulta):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma;</li> <li>- Glicemia em jejum;</li> <li>- Fator Rh;</li> <li>- Tipagem sanguínea;</li> <li>- TSH</li> <li>- Anti-Hbs;</li> <li>- EAS;</li> <li>- Urocultura.</li> </ul>	<p><b><u>Exames de rotina:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma;</li> <li>- TOTG - 3 dosagens (24 a 28 semanas);</li> <li>EAS e Urocultura</li> <li>- Coombs indireto –repetir mensalmente, <i>se Rh negativo;</i></li> <li>- TSH - Repetir mensalmente, <i>caso o resultado apresentar alteração e/ou palpação alterada.</i></li> </ul>	<p><b><u>Exames de rotina:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma;</li> <li>- Glicemia em jejum;</li> <li>- EAS;</li> <li>- Urocultura.</li> </ul>
<p><b><u>Teste rápido (1ª consulta):</u></b></p> <p>Sífilis      Hepatite B HIV      Hepatite C</p> <p>(Se teste rápido de sífilis reagente, realizar coleta em tubo e enviar com 1º teste da Mamãe).</p>	<p><b><u>Teste rápido</u></b></p> <p>Sífilis      Hepatite B HIV      Hepatite C</p>	<p><b><u>Teste rápido:</u></b></p> <p>Sífilis      Hepatite B HIV      Hepatite C</p>
<p><b><u>USG Obstétrica</u></b> (entre 11 e 12 s)</p>	<p><b><u>USG Obstétrica</u></b> (entre 20 e 22 s)</p>	<p><b><u>USG Obstétrica</u></b> (entre 34 e 37 semanas)</p>
	<p><b><u>Citologia</u></b> Se necessário.</p>	

Fonte: Adaptada ao FEBRASGO, 2014



## 10. Interpretação de exames e condutas

**Tabela 04- Interpretação de exames preconizados na assistência Pré-Natal**

Exames	Interpretação	Conduta
Tipagem sanguínea	Se gestante Rh negativo com parceiro Rh positivo, ou em ausência de informação.	Solicitar <b>Coombs indireto</b> mensalmente. Realizar Imunoglobulina anti-Rh entre 28 e 34 semanas, conforme protocolo específico da SMS.
	Se coombs indireto negativo	Solicitar Coombs indireto mensalmente. Realizar Imunoglobulina anti-Rh entre 28 e 34 semanas, conforme protocolo específico da SMS.
	Se coombs indireto positivo	Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) com exames anexos
Hemograma	Hb $\geq$ 11	Ausência de anemia
	Entre 8 e 11 g/dl	Anemia leve ou moderada: tratamento otimizado - sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias
	< 8g/dl	Anemia grave: encaminhar PNAR
Glicemia de jejum	<92mg/dl	Dentro da normalidade
	Entre 92 e 125mg/dl	DM gestacional. Seguir protocolo de DMG e encaminhar ao PNAR.
	$\geq$ 126mg/dl ou glicemia ao acaso $\geq$ 200mg/dl	Considerar diabetes pré-gestacional: Seguir protocolo de DMG e encaminhar ao PNAR.
TOTG positivo para DM Gestacional (seguir protocolo de DMG)	Jejum	$\geq$ 92 e < 126 mg/dL
	1 hora	$\geq$ 180mg/dL
	2 horas	$\geq$ 153 e < 200 mg/dL
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	Repetir exame em 15 dias e se alterado, referenciar PNAR
	Piúria/Bacteriúria/Leucocitúria/Hematúria	Tratar ITU, repetir exames* Recomendações ao final da tabela.
	Cilindrúria	PNAR
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.



Toxoplasmose	IgG e IgM negativo	Susceptível: orientar sobre soroconversão (repetir no 2º e 3º trimestre)
	IgG positivo e IgM negativo	Imune
	IgG negativo e IgM positivo	Provável infecção recente -Repetir exame, se confirmado, notificar e encaminhar para PNAR
	IgG e IgM positivo	Provável infecção aguda - Afastar IgM residual, solicitar <b>teste de avides</b> para anticorpos IgG, notificar e encaminhar para PNAR
Sífilis	Teste rápido ou FTA-abs positivos	Realizar teste rápido do parceiro, solicitar VDRL da paciente e do parceiro mensalmente, notificar, solicitar medicação pelo formulário e iniciar tratamento imediato conforme protocolo de ISTs. **
Hepatites B e C	TR Negativo	Realizar o aconselhamento pós-teste, vacinar a gestante caso ela não tenha sido vacinada. Repetir Teste Rápido no 2º e 3º trimestre.
	TR Positivo	Notificar e encaminhar para o PNAR. Solicitar exames para parceiro.
HIV	TR negativo	Realizar o aconselhamento pós-teste. Repetir Teste Rápido no 2º e 3º trimestre.
	TR positivo	Notificar e encaminhar para o PNAR. Solicitar exames para parceiro.
HTLV	Se reagente	PNAR
Citomegalovírus	Se reagente	PNAR
Chagas	Se reagente	PNAR
Rubéola	Se reagente	PNAR
TSH	0,1 a 4 mU/L	Se maior ou menor que valores de referência, repetir o TSH e solicitar T4livre. Encaminhar para PNAR.
Parasitológico de fezes	Se houver indicação clínica.	



Citologia oncológica***	O rastreamento em gestantes deve ser o mesmo que aquele para as mulheres não gestantes.	Se lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) – colposcopia. Se houver uma lesão alto grau, ou suspeita de câncer, ou se a confirmação da doença invasiva alterar o momento ou a via de parto – Biópsia cervical.
-------------------------	---	--

Fonte: Adaptada BRASIL, 2016 e FEBRASGO 2014

\* **Abordagem à Bacteriúria assintomática e ITU na gestação**

Bacteriúria assintomática: tratar

ITU: tratar na suspeita clínica. Solicitar exames EAS e urocultura, mas não há necessidade de esperar o resultado quando há suspeita clínica.

Adequar o tratamento conforme resultado do antibiograma, se necessário.

Antibióticos:

- Cefalexina 500mg 6/6 horas por 7 a 10 dias.
- Amoxicilina 500mg 8/8 horas por 7 a 10 dias.

Outras possibilidades (não há na rede): fosfomicina, nitrofurantoína.

Seguimento:

Solicitar urocultura de controle após 1 semana do término do tratamento.

Reinfecções: Tratar, solicitar urocultura de controle de tratamento e repetir o exame mensalmente até o parto.

Sinais Gravidade: se houver suspeita de pielonefrite (sinais sistêmicos: hipertermia, calafrios, náuseas/vômitos, dor lombar, giordano +), encaminhar imediatamente para tratamento hospitalar com internação.

Se um episódio de pielonefrite: repetir urocultura mensalmente até o parto.



**\*\* Os pacientes que necessitarem de terapia medicamentosa para IST, devem seguir o fluxo pré-estabelecido pelo programa:**

- Link fluxograma IST:  
<https://saude.aparecida.go.gov.br/wp-content/uploads/sites/6/2022/06/FLUXOGRAMA-DE-ATENDIMENTO-DO-PROGRAMA-DE-ISTAIDS-E-HEPATITES-VIRAIS.pdf>
- Link solicitar penicilina:  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScU5vHQZOfDgzBI8BgRHrVMRFIs\\_wF4riT5Z5cVhIScfciLOng/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScU5vHQZOfDgzBI8BgRHrVMRFIs_wF4riT5Z5cVhIScfciLOng/viewform)

**\*\*\* Citologia oncológica:**

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado destas lesões durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal. Apesar de a junção escamo colunar no ciclo gravídico puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada (HUNTER, MARK I. et al., 2008).

Recomendação: o rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreamento.

## **11. SUPLEMENTAÇÃO**

De acordo com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) 2014, é recomendado o aumento de suplementação de ferro para reduzir o risco de



anemia materna e o ácido fólico para a prevenção dos defeitos do tubo neural, como espinha bífida ou mielomeningocele.

**Tabela 05. Suplementação na gravidez**

Medicamento	Indicação	Dosagem	Período
Ferro	Todas as gestantes	30 a 60mg de Fe elementar (150 a 300mg de sulfato ferroso)	Do início da gravidez até o terceiro mês após o parto.
	Gestantes com anemia	200 mg de Fe elementar	Até que a Hemoglobina atinja um nível normal (11g/dl ou superior)
Ácido Fólico	Todas as gestantes	400µg (0,4 mg/dia). Na ausência dessa dosagem, usar 5mg (benefício supera o risco)	Iniciar um mês antes da gravidez e continuar até o final da gestação.
Carbonato de Cálcio*	Todas as gestantes (prevenção pré-eclâmpsia)	1250mg 2cp/dia	Todas as gestantes devem receber Carbonato de Cálcio 1250mg 2 comprimidos ao dia (equivalente a 1000mg de cálcio elementar)
AAS	Prevenção pré-eclâmpsia (indicações abaixo)**	100mg/dia	Após primeiro trimestre, por volta da 12ª semana e antes da 16ª semana. Manter até 36ª semana

Fonte: BRASIL, 2020





**\*Recomendações alimentares para consumo adequado de cálcio:**

1 copo de 200ml de leite integral – 250mg ou 2 colheres de sopa de leite em pó 228mg (podendo tomar 2 porções ao dia) + 100g de vegetais de verdes escuros crus (couve/brócolis/espinafre/agrião/acetlga/rúcula) em média de 300mg a 400mg.

**\*\*Indicações uso do AAS para prevenção pré-eclâmpsia:**

Fator de risco	USPTF <sup>4</sup>	ACOG <sup>5</sup>	NICE <sup>6</sup>	OMS <sup>7</sup>
Alto (iniciar profilaxia na presença de um fator de risco)				
História de Pré-eclâmpsia	X	X	X	X
Hipertensão crônica	X	X	X	X
Diabetes prévio	X	X	X	X
Doença Renal	X	X	X	X
Doença auto-imune	X	X	X	X
Gestação múltipla	X	X	-	X
Moderado (iniciar profilaxia na presença de dois ou mais fatores)				
Nuliparidade	X	-	X	-
Intervalo entre partos > 10 anos	X	-	-	-
Idade > 40 anos	-	-	X	-
Idade > 35 anos	X	-	-	-
IMC > 35Kg/m <sup>2</sup>	-	-	X	-
IMC > 30Kg/m <sup>2</sup>	X	-	-	-
História de PE em parente de 1º grau	X	-	X	-
Raça negra	X	-	-	-
Baixo status sócio econômico	X	-	-	-

USPTF: United States Preventive Task Force; ACOG: American College of Obstetrics and Gynecologists; NICE: National Institute of Clinical Excellence; OMS: Organização Mundial da Saúde.

Fonte: Febrasgo. Acessado em agosto de 2024 através do site: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/257-o-uso-do-aas-na-prevencao-da-pre-eclampsia>



## **12. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL**

A estratificação de risco (ANEXO 2) é indispensável para identificar a probabilidade de intercorrência materno infantil, subsidiando o profissional a reconhecer os critérios de risco, selecionar o tratamento adequado para gestantes e/ou reconhecer o momento adequado de interconsulta, reduzindo a mortalidade materna e perinatal. O profissional deverá realizar a estratificação na primeira consulta, gestantes devem ser encaminhadas ao ambulatório do pré-natal de alto (PNAR) para ser avaliado e/ou acompanhando pelo especialista conforme protocolo de encaminhamento de alto risco disponível em: <https://saude.aparecida.gov.br/wp-content/uploads/sites/6/2021/01/Protocolo-de-Encaminhamento-das-gestante-de-alto-risco.pdf>

## **13. GESTANTES ADOLESCENTES**

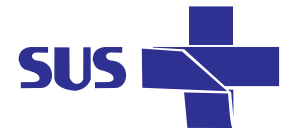
De acordo com o Ministério da Saúde (2012), as gestantes entre 10 e 14 anos necessitam de atendimento mais detalhado com acompanhamento pelo processo de desenvolvimento biopsicossocial. O profissional deve manter o olhar atento desde o diagnóstico, lançando mão de uma abordagem cautelosa e observando possíveis sinais de violências.

Para gestantes na faixa etária dos 10 a 14 anos há fortes evidências de gravidez relacionada a situações de violências sexuais o que possibilita o aborto legal. Assim deve ser preenchida a notificação compulsória de violência e encaminhar para Coordenação de vigilância de violência e Acidentes (3545-6706), via malote.

## **14. ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO (PNAR)**

O profissional que identificar pela estratificação de risco a necessidade de encaminhar a gestante para avaliação e/ou acompanhamento para o PNAR, conforme Protocolo de Alto Risco Alto Municipal, deve referenciá-la acompanhada dos seguintes critérios:

- a) Teste da mamãe;



- b) Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, glicemia de jejum, fator Rh, Tipagem sanguínea, TSH, Anti-Hbs, EAS, Urocultura);
- c) Teste rápido (Sífilis, HIV, Hepatite B e C);
- d) Coombs indireto se Rh negativo;
- e) Cartão de vacina atualizado;
- f) Caderneta da gestante;
- g) Encaminhamento preenchido com história clínica detalhada;

### **15. CONDUTAS COMPLEMENTARES**

- a) Orientar sobre o preparo das mamas, bem como incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- b) Referenciar a gestante para atendimento odontológico;
- c) Orientar sobre possíveis intercorrências;
- d) Esclarecer dúvidas da paciente e/ou parceiro e/ou familiares;
- e) Orientar sobre alimentação saudável e caso necessário, encaminhar para acompanhamento nutricional;
- f) Observar estado emocional da gestante e caso necessário, encaminhar para apoio psicológico;
- g) Encorajar pai, familiares e amigos a estar no momento da consulta;
- h) Realizar notificação compulsória para casos de violências.

### **16. CONSULTAS DE RETORNO E FREQUÊNCIA DE CONSULTAS**

As gestantes serão acompanhadas por médicos e enfermeiros em consultas alternadas, e os retornos deverão ser agendados no final dos atendimentos e anotados na caderneta das gestantes.

Retorno:

- a) Realizar interrogatório complementar de queixas;
- b) Atualizar calendário vacinal;
- c) Calcular e anotar idade gestacional;



- d) Realizar cálculo de IMC e anotar no gráfico;
- e) Solicitar os exames complementares, de acordo com idade gestacional;
- f) Avaliar resultados de exames;
- g) Auscultar batimentos cardíacos fetais;
- h) Monitorar vitalidade fetal;
- i) Realizar palpação obstétrica;
- j) Avaliar risco gestacional;
- k) Prescrição de medicamentos e/ou suplementos vitamínicos;
- l) Profilaxia da pré-eclâmpsia: indicada para gestantes de alto risco para desenvolver a doença (hipertensas crônicas, antecedente de pré-eclâmpsia, diabetes com vasculopatia, nefropatia, doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide — SAAF). Prescrever de ácido acetilsalicílico (100mg/dia) a partir de 12 semanas até 36 semanas de gestação.
- m) Prescrever suplementação com 1250mg de carbonato de cálcio (2 comprimidos ao dia - equivalente a 1000mg de cálcio elementar). Preferencialmente não utilizar associação de carbonato de cálcio com vitamina D.
- n) Anotar dados e história clínica atual;
- o) Atualizar cartão da gestante e prontuário da paciente;
- p) Agendar próxima consulta.

### 17. CALENDÁRIO VACINAL DA GESTANTE

Vacina	Esquema
Hepatite B	- Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal
Difteria e Tétano (Dt)	- Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com calendário vacinal - Reforço a cada 10 anos
Difteria, Tétano Pertussis (dTpa-acelular)	- Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana de gravidez e puerpera até 45 dias
Influenza	- Dose única

Fonte: Adaptado BRASIL, 2024



## 18. ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA GESTANTE

Os profissionais de saúde são fontes seguras de informações e as orientações nas consultas sobre riscos frequentes que as gestantes são expostas são importantes e merecem atenção no período gestacional. Abaixo algumas situações rotineiras:

**Tabela-06 Orientações básicas na consulta Pré-Natal**

Situações	Orientações
Uso de repelentes	Previne doenças como, Dengue, Zika e Chikungunha.
Trabalho	Orientações para pacientes com histórico de aborto, deve ser avaliada sobre atividade física e jornada de trabalho.
Exercícios	Prática de atividade física: caminhadas, natação e hidroginástica, por pelo menos 30 minutos/dia.
Hipertermia	Risco de abortamento em banho quente antes da 20ª semana de gestação.
Viagens	Viagem segura até 36 semanas. Orientar sobre uso de meias e risco de eventos tromboembólicos.
Atividade sexual	Sugere evitar penetração profunda. Em casos de risco de aborto, sangramento vaginal, parto prematuro e placenta prévia: deve ser interrompida.
Ingestão de Álcool	O uso do álcool é contraindicado. Deve ser orientado sobre o risco ao feto sobre anomalia cardíaca congênita, defeitos articulares, irritabilidade, entre outros.
Uso de drogas ilícitas	Todas as drogas são contraindicadas, risco de descolamento prematuro da placenta, prematuridade, desenvolvimento restrito.
Tabagismo	Uso contraindicado. Comprometimento do desenvolvimento fetal.
Vestuário	Roupas leves e confortáveis, sutiãs de sustentação.
Cosmético	Orientar sobre o uso de cremes e óleos a base de amêndoas. Tinturas e escovas progressivas são contraindicadas. Mechas, luzes e o uso de hena podem ser liberados 2º trimestre



## 18.1 Queixas mais frequentes

**Tabela07 - Orientações para queixas mais frequentes**

<b>Queixas</b>	<b>Orientação</b>
Náuseas e vômitos	Evitar jejum prolongado, optar por dieta fracionada. Prescrição de antiemético (anti-histaminico, doxilamina com piridoxina, vitamina B6 e gengibre). Piridoxina (B6) 10 a 25mg 3x ao dia. Gengibre em cápsula (250mg 4x ao dia). Acupuntura é efetiva a náuseas e vômitos.
Sialorreia ou Ptalismo (aumento de salivação)	Orientação
Pirose	Evitar o decúbito horizontal logo após as refeições; fracionar a dieta; evitar ingestão de café, chá, chocolate e frituras; hidróxido de alumínio ou de magnésio (quando necessário).
Sensação de plenitude	Fracionar a alimentação com menor volume, em alguns casos ingestão de alimentos pastosos.
Constipação	Aumentar a ingestão de líquidos e fibras, e uso de laxativos quando a necessário.
Hemorroidas	Prevenção de constipação e anestésicos locais.
Picalacia	Orientação sobre riscos de ingerir substâncias atípicas.
Astenia, tontura e vertigem	Dietas fracionada e se deitar do lado direito até cessar os sintomas.
Varicosidades	Repouso, membros superiores elevados e utilização de meias elásticas. Em casos graves, uso de Heparina e encaminhamento para especialista.
Edema	Uso de meias elásticas, evitar tempo prologando na posição ortostática e repousar em decúbito lateral esquerdo.
Câimbras	Ingesta de lactato ou citrato de magnésio.
Síndromes dolorosa (Síndrome de Lacomme) dor lombossacra	Corrigir a postura, alongar, realizar relaxamento, evitar tempos prolongados em pé, acupuntura e analgésicos.
Sintomas Urinários	Não há tratamento específico.
Sonolência e insônia	Não necessita de tratamento, no entanto, para casos mais acentuados, pode ser prescrito ansiolíticos em baixas dosagens e/ou suporte psicológico.
Síndrome do túnel do carpo	Tratamento conservador de imobilização da mão com tala.
Congestão nasal e epistaxe	Orientar a compressão no local.
Gengivorragia	Realizar higiene bucal adequada, usar escova de cerdas macias e/ou encaminhar para odontologia.
Corrimentos	Avaliar infecção por cândida ou vaginose bacteriana.
Cloasma gravídico	Evitar exposição ao sol e usar protetor solar.

Fonte: FEBRASCO, 2014



## 19. ENCAMINHAMENTOS PARA EMERGÊNCIA

A gestante pode apresentar sintomas de riscos que requerem assistência e suporte especializado de emergência. Assim, a equipe pode encaminhar a gestante para a Maternidade Municipal de Aparecida de Goiânia Maria da Cruz Gomes Santana e/ou acionar o Serviço de atendimento Móvel quando a mesma apresentar um ou mais dos seguintes sintomas:

- a) Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- b) Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial  $\geq 140/90$ , medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria, se houver;  
Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação);
- c) Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia;
- d) Cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- e) Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- f) Crise hipertensiva (PA  $\geq 160/110$ );
- g) Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- h) Anemia grave (hemoglobina  $< 8$ );
- i) Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- j) IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- k) Hipertermia (Tax  $\geq 37,8C$ ), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;



- l) Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- m) Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- n) Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- o) Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- p) Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- q) Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- r) Restrição de crescimento intrauterino;
- s) Oligoidrâmnio;
- t) Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc;
- u) Suspeita de óbito fetal (batimentos inaudíveis após dois testes de estímulo sonoro simplificado-Tess).

## **20. PLANO DE PARTO**

O plano de parto é uma ferramenta cujo preenchimento deve ser compartilhado entre as gestantes e equipe de saúde, com informações sobre as preferências das gestantes e intervenções inerentes ao parto, considerando aspectos humanos, culturais e técnicos. Essa ferramenta garante a parturiente a participar das decisões relativas ao parto, ponderando os riscos e o bem-estar da mãe e do seu bebê, fornecendo uma experiência tranquila, acolhedora e segura, conforme determina portaria de nº 353 de 14 de novembro, que dispõe sobre a assistência do plano de parto (BRASIL, 2017).

O plano de parto (ANEXO 3) deverá ser indispensavelmente preenchido pelo profissional responsável pelo pré-natal da gestante a partir de 36 semanas, esclarecendo detalhadamente as perguntas a gestante com linguagem clara sobre intervenções durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e após o parto.





## **21. ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES (NUTRIÇÃO, ALTO RISCO, PSICOLOGIA, ENTRE OUTROS)**

O profissional poderá encaminhar a gestante para outras especialidades, por meio de encaminhamento preenchido com histórico detalhado (medicamento prescritos, exames realizados etc.)

## **22. ENCAMINHAMENTO PARA MATERNIDADE**

A gestante será acompanhada pelas consultas semanais de 36 até 40 semanas na UBS. A partir de 37 sem deverá estar com as seguintes documentações para ser encaminhada para maternidade:

- Caderneta da Gestante;
- Plano de parto;
- Encaminhamento de referência e contra referência;
- Exames (1º e 2º Teste da Mamãe, Teste rápido, Exames de rotina, USG, etc).

Caso a gestante não apresente evolução clínica até na 40ª semana, deverá ser atualizado ou preenchido novo encaminhamento para condutas obstétricas.

## **23. CONSULTAS DE PUERPÉRIO**

A consulta de retorno será agendada até 7 dias após parto, podendo ocorrer no máximo até 12º dia, poderá ser realizada através de visita domiciliar, e o profissional deve orientar a puérpera sobre o pós-parto imediato e tardio, incluindo:

- Avaliar se o parto foi normal, se houve laceração e episiotomia, se tem presença de sinais flogísticos, queixas urinárias, presença de hemorroida etc.;
- Cuidados ao Recém-nascido;
- Amamentação (livre demanda, pega correta, posições etc.);
- Retorno de atividade sexual pós-parto;



- Calendário vacinal do recém-nascido;
- Retirada de pontos;
- Anticoncepção/Planejamento Familiar;
- Alimentação;

	<b>Nome</b>	<b>cargo</b>	<b>Área de Atuação</b>
<b>Elaboração</b>	Fernanda Rassi Alvarenga	Médica Obstetra	SAS
	Hérica Souza Leguizamon	Coordenadora	NGC
<b>Revisão</b>	Marilya Rodrigues Reis	Chefia de Atenção aos Ciclos de Vida	SAS
<b>Aprovação</b>	Gustavo Amoury	Superintendente de Atenção à Saúde	SAS
<b>Atualização</b>	Grupo técnico	Médicos, enfermeiros, nutricionista, odontólogos	APS e SAS
	Albert Einstein	-	Consultoria
<b>Revisão</b>	Marilya Rodrigues Reis	Chefia de Atenção aos Ciclos de Vida	SAS
	Gabriela Vieira	Coordenadora Médica	SAS
	Thaís Brasil	Médica Obstetra	MMMCGS



## REFERÊNCIAS

Alexander, EK, et al. FEBRASGO. Manual de Assistência Pré-natal, 2014.

AMB. Associação Médica Brasileira. Ultrassonografia no primeiro trimestre da Gravidez. São Paulo, 2020.

BARROS, M.N, MORAES, T. Saúde da Mulher na gravidez: Uma revisão de Bibliografia. Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão/Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão. Revista Extensão - 2020 - v.4, n.1. Maranhão, 2020.

BRASIL. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. LEI N 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1986.

BRASIL. Manual de apoio a visitas domiciliares às Gestante. Ministério da Cidadania. Departamento de Atenção à primeira infância. Brasília, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.020, de 29 de maio de 2013. Diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência a Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, 2013.

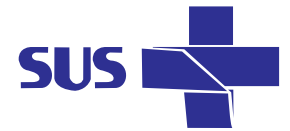
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº353 de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. - 2.ed., São Paulo: COREN-SP, 2021.

Feitosa et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arq Bras Cardiol. 2024; 121(4): e20240113.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. A consulta Puerperal na Atenção Primária à Saúde. Portal de Boas práticas em Saúde da mulher, da criança e do adolescente. Novembro de 2020. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/a-consulta-puerperal-na-atencao-primaria-a-saude/>



Gupta K et al. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Uptodate. Retrieved jul 2024. From: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infec%C3%A7%C3%A3o%20de%20urina%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20em%20gestante&source=search\\_result&selectedTitle=3%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infec%C3%A7%C3%A3o%20de%20urina%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20em%20gestante&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

Hunter, Mark I. et al. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 2: current treatment of invasive disease. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volume 199, Issue 1, 10 – 18, 2008.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento. Revista IEPS, 2023

OMS. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra; 2013:36p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia\\_gestantes.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_gestantes.pdf)

Peixoto-Filho FM, Costa FS, Kobayashi S, El Beitune P, Garrido AG, Carmo AV, et al. Predição e prevenção da pré-eclâmpsia. FEBRASGO POSITION STATEMENT; 2023.

Ross DS. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. Uptodate. Retrieved jul 2024. From: [https://www.uptodate.com/contents/hypothyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=tsh%20na%20gestante%20rastreamento&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/hypothyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=tsh%20na%20gestante%20rastreamento&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

USAID. Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para experiência gestacional positivo: Resumo. Maternal and Child Survival Program. Janeiro 2018.



UBS \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissional responsável pela consulta: \_\_\_\_\_

**Meus passos na UBS após a consulta de pré-natal**

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
	MARCAR X	ASSINATURA
( ) Teste da mamãe 1ª amostra	( )	_____
( ) Teste da mamãe 2ª amostra	( )	_____
( ) Teste rápido	( )	_____
( ) Medicação	( )	_____
( ) Sala de Vacina	( )	_____
( ) Odontologia	( )	_____
( ) Farmácia	( )	_____
( ) Chequinho – recepção	( )	_____
( ) Agendar retorno – recepção	( )	_____
( ) Outros: _____	( )	_____



UBS \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissional responsável pela consulta: \_\_\_\_\_

**Meus passos na UBS após a consulta de pré-natal**

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
	MARCAR X	ASSINATURA
( ) Teste da mamãe 1ª amostra	( )	_____
( ) Teste da mamãe 2ª amostra	( )	_____
( ) Teste rápido	( )	_____
( ) Medicação	( )	_____
( ) Sala de Vacina	( )	_____
( ) Odontologia	( )	_____
( ) Farmácia	( )	_____
( ) Chequinho – recepção	( )	_____
( ) Agendar retorno – recepção	( )	_____
( ) Outros: _____	( )	_____



## ANEXO 2 - Estratificação de Risco Gestacional

**Quadro 1.** Critérios para estratificação de risco gestacional

### Risco habitual

Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:

- Idade entre 16 e 34 anos
- Aceitação da gestação

História reprodutiva anterior:

- Intervalo interpartal maior que 2 anos

Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

### Risco intermediário

Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:

- Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos
- Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse
- Indícios ou ocorrência de violência
- Situação conjugal insegura
- Insuficiência de apoio familiar
- Capacidade de autocuidado insuficiente
- Não aceitação da gestação
- Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
- Tabagismo ativo ou passivo
- Uso de medicamentos teratogênicos
- Altura menor que 1,45m
- IMC <18,5 ou 30-39kg/m<sup>2</sup>
- Transtorno depressivo ou de ansiedade leve
- Uso de drogas lícitas e ilícitas
- Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola
- Mulher de raça negra
- Outras condições de saúde de menor complexidade

História reprodutiva anterior:

- Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia)
- Malformação
- Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)
- Diabetes gestacional
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal
- Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal)
- Intervalo interpartal <2 anos

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:

- Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite
- Ganho de peso inadequado
- Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita)
- Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)





#### Alto risco

##### Características individuais e condições socioeconômicas:

- Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas
- Agravos alimentares ou nutricionais: IMC  $\geq 40\text{kg/m}^2$ , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)

##### Condições clínicas prévias à gestação:

- Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras
- Hipertensão arterial crônica
- *Diabetes mellitus* 1 e 2
- Doenças genéticas maternas
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)
- Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)
- Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos)
- Endocrinopatias (*diabetes mellitus*, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo)
- Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses)
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos)
- Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez
- Transplantes
- Cirurgia bariátrica

continua...

##### História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência cervical
- Infertilidade
- Acretismo placentário
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP
- Prematuridade anterior

##### Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Gestação múltipla
- Gestação resultante de estupro
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Infecção urinária de repetição:  $\geq 3$  episódios de ITU baixa ou  $\geq 2$  episódios de pielonefrite
- Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS
- Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrossomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico
- Insuficiência istmo cervical
- Anemia grave (hemoglobina  $< 8\text{ g/dL}$ ) ou anemia refratária a tratamento
- Hemorragias na gestação
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante
- Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado
- Outras condições de saúde de maior complexidade

##### Alto risco com situações especiais:

- Gestação múltipla monicoriônica
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

Fonte: Brasil<sup>SM</sup> (adaptado).

IMC: índice de massa corporal; CIUR: crescimento intrauterino restrito; TVP: trombose venosa profunda; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; SAAF: síndrome do anticorpo antifosfolipídicos; ITU: infecção do trato urinário.



**ANEXO 3 – Plano de parto**

Tudo OK com  
**MEU PARTO** ✓



**Plano de Parto da Mamãe**

**O que é o Plano de Parto?**

O plano de parto é uma conduta incentivada pela OMS desde 1986 e que aos poucos começa a ser adotado e implantado em algumas maternidades, é uma lista com itens relacionados ao parto.

É classificada nas Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas (OMS).

"O plano de parto serve para conscientizar a mulher de que ela pode se orientar a respeito das opções existentes e definir o que ela deseja para o seu parto

**Quem elabora o plano de parto?**

É elaborado pela gestante durante o pré-natal. A equipe de saúde pode auxiliar na elaboração do plano de parto nas consultas de pré-natal ,em rodas de conversas ou nos grupos de gestante.



fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

**Plano de Parto - Via Gestante**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local do parto: \_\_\_\_\_  
 Gestante de:  baixo risco  médio risco  alto risco

Abaixo indico as preferências para o nascimento do meu filho(a), para serem atendidas dentro das possibilidades. Sempre que as indicações do plano não puderem ser seguidas, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas:

**Durante o trabalho de parto:**

**1. Desejo presença de acompanhante? se sim, escreva o nome. Escreva também o nome da doula, se houver.**

- Sim  
 Não

Nome: \_\_\_\_\_

**2. Eu não quero ser submetida a:**

- Tricotomia (depilação dos pelos pubílicos)  
 Enema (lavagem intestinal)  
 Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora)

**3. Gostaria de:**

- Caminhar e me movimentar para evolução do trabalho de parto  
 Liberdade para beber água/sucos, enquanto seja clinicamente recomendado  
 Opções não farmacológicas para alívio da dor  
 Analgésicos apenas quando solicitado  
 Analgesia, quando possível

**Momento do nascimento:**

**4. Gostaria de ser incentivada a:**

- Me movimentar e escolher a posição que me sentir melhor para ter o meu bebê (ex: de cócoras, banqueta, quatro apoios)

**5. Gostaria de ser consultada e ter meu consentimento sobre:**

- Ocitocina sintética (hormônio para induzir ou intensificar as contrações do trabalho de parto), com indicações restritas e não rotineiras  
 Episiotomia (corte na vagina) com justificativa e não rotineira  
 Ruptura artificial da bolsa



**Após o parto e cuidados com o bebê:**

- O Contato pele a pele com o (a) bebê imediatamente após o nascimento  
 A amamentação na primeira hora de vida  
 O alojamento conjunto o tempo todo (mãe e bebê no mesmo quarto)

Caso tenha outros desejos e expectativas em relação ao momento do parto, registre aqui: (Ex.: Sobre o corte do cordão umbilical, expulsão da placenta, uso de óculos, procedimentos com o bebê, etc.)

\_\_\_\_\_

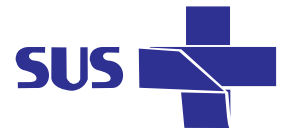
Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que procedimentos em desacordo com o que está descrito aqui sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.



**Protocolo**

Nº. do registro: \_\_\_\_\_  
 Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome e função: \_\_\_\_\_  
 Local (hospital, clínica, profissional): \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_





**Plano de Parto - Via Maternidade**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local do parto: \_\_\_\_\_

Abaixo indico as preferências para o nascimento do meu filho(a), para serem atendidas dentro das possibilidades. Sempre que as indicações do plano não puderem ser seguidas, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas:

**Durante o trabalho de parto:**

**1. Desejo presença de acompanhante? se sim, escreva o nome. Escreva também o nome da doula, se houver.**

- Sim
- Não

Nome: \_\_\_\_\_

**2. Eu não quero ser submetida a:**

- Tricotomia (depliação dos pelos pubianos)
- Enema (lavagem intestinal)
- Manobra de Kristaller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora)

**3. Gostaria de:**

- Caminhar e me movimentar para evolução do trabalho de parto
- Liberdade para beber água/sucos, enquanto seja clinicamente recomendado
- Opções não farmacológicas para alívio da dor
- Analgésicos apenas quando solicitado
- Anestesia, quando disponível

**Momento do nascimento:**

**4. Gostaria de ser incentivada a:**

- Me movimentar e escolher a posição que me sentir melhor para ter o meu bebê (ex: de cócoras, banqueta, quatro apoios)

**5. Gostaria de ser consultada e ter meu consentimento sobre:**

- Ocitocina sintética (hormônio para induzir ou intensificar as contrações do trabalho de parto), com indicações restritas e não rotineiras
- Episiotomia (corte na vagina) com justificativa e não rotineira
- Ruptura artificial da bolsa



**Após o parto e cuidados com o bebê:**

- O Contato pele a pele com o (a) bebê imediatamente após o nascimento
- A amamentação na primeira hora de vida
- O alojamento conjunto o tempo todo (mãe e bebê no mesmo quarto)

Caso tenha outros desejos e expectativas em relação ao momento do parto, registre aqui: (Ex.: Sobre o corte do cordão umbilical, expulsão da placenta, uso de óculos, procedimentos com o bebê, etc.)

Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que procedimentos em desacordo com o que está descrito aqui sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.



**Protocolo**

Nº. do registro: \_\_\_\_\_  
Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome e função: \_\_\_\_\_  
Local (hospital, clínica, profissional): \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_



### ANEXO 4 – Síntese do fluxo de assistência pré-natal

