

PRÉ-NATAL: DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO, SEGUIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí -
2025
Versão II



Prefeitura
de Jundiaí

Pré-Natal: Diagnóstico de gestação, seguimento e estratificação de risco

Revisão do Protocolo de Pré-Natal de baixo risco do Município de Jundiaí (2018)

2025- Revisão 2

Sumário

1. Apresentação	3
2. Introdução	4
3. Diagnóstico de gravidez	6
4. Seguimento Pré-Natal.....	8
4.1. Primeira Consulta	8
4.2. Consultas Subsequentes	11
4.3. Exames de Rotina	15
4.3.1. Primeira consulta	15
4.3.2. Segundo trimestre	17
4.3.3. Terceiro trimestre	18
5. Avaliação de Risco	21
5.1. Critérios para Avaliação de Risco	21
5.2. Critérios de Priorização	29
6. Cronograma de Atendimento	30
7. Puerpério	31
8. Participação de equipe multiprofissional	34
9. Orientações quanto a prescrição.....	37
10. Anexos:	40
Anexo 1- Orientações nutricionais na gestação	40
Anexo 2- Mobilograma	43
Anexo 3- Tabela de referência para valores de pesos fetais estimados	44
Anexo 4- Protocolo de Atendimento Odontológico para Pacientes Gestantes	46
Anexo 5- Nota técnica referente a suplementação do cálcio.....	48
11. Referências bibliográficas	51

1. Apresentação

A Atenção Básica (AB) se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O Serviço Especializado é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Este material destina-se preferencialmente à Atenção Básica, em especial no processo de avaliação e microrregulação para o pré-natal de alto risco a fim de oportunizar o acesso através de avaliação de risco e de priorização.

No entanto, para que este seja efetivo é preciso que as práticas de microrregulação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam fortalecidas, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo, e que propiciem a comunicação entre UBS, Centrais de Regulação e Serviços Especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, entre outros).

A oferta deste protocolo objetiva que este seja mais uma estratégia para aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a

legitimidade social da Atenção Básica. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto.

Isto provoca a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das demandas reprimidas.

2. Introdução

Este protocolo visa proporcionar um diagnóstico precoce de gravidez, e início imediato do Pré-Natal, a fim de promover uma gestação segura, monitorada e bem assistida em suas possíveis intercorrências e qualificar os encaminhamentos para o atendimento especializado.

O acesso ao cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral a gestante.

Além das questões de saúde, a gestante deve ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, trabalhistas e sociais (quadro 1). E no caso de uma gestação indesejada, é importante o acompanhamento multidisciplinar, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integrada. No caso de violência sexual, deve ser orientada quanto ao aborto legal bem como sobre a Entrega Legal.

Quadro 1-A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas (SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da saúde. Atenção a gestante e à puerpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010)

Direito a saúde

Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS



Carteira de gestante: com todas as informações e resultados de exames.

Tem direito a alojamento conjunto, amamentar e receber informações sobre amamentação, assim como ter acompanhante nas consultas pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei no. 11.108/2005).

Realização gratuita dos testes do pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho nos hospitais após nascimento.

Direitos sociais

Prioridade nas filas.

Prioridade para sentar-se em transporte coletivo.

Direito ao registro de nascimento gratuito em qualquer cartório.

Creche para seus filhos em empresa com mais de 30 funcionárias com mais de 16 anos.

Direitos trabalhistas

Estabilidade no emprego (até cinco meses pós-parto).

Licença e salário maternidade:

- Início de afastamento poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.
- O salário maternidade é benefício também para natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial, e deve ser pago nos 120 dias. Caso a criança venha a falecer, não deve ser interrompido. No caso dos abortos, será pago por duas semanas e a licença pode variar de 14 a 30 dias de acordo com prescrição médica.
- Funções exercidas pela gestante: a gestante poderá se adequar a outras funções sem prejuízo mediante a solicitação médica.

Direitos de proteção a maternidade

Dispensa do horário de trabalho para consultas de pré-natal e exames complementares.
Dispensa para amamentação até os 6m do filho, na forma de dois descansos de 30 minutos.
Esta licença pode ser aumentada caso haja necessidade em saúde para o filho.

Direito dos pais

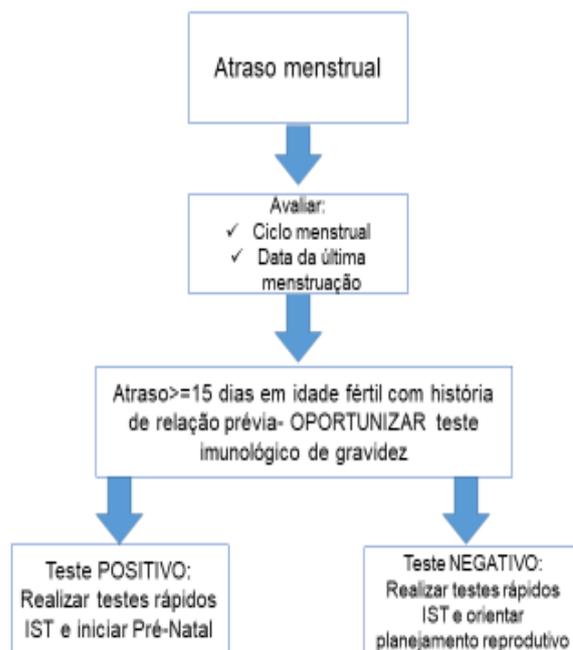
- Licença paternidade de cinco dias após o nascimento (contínuo).
- Participação do pré-natal.
- Acompanhamento durante pré-parto, parto e pós-parto

3. Diagnóstico de gravidez

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação.

Toda mulher em idade fértil, queixando-se de atraso menstrual, que comparecer a unidade de saúde deverá ser encaminhada para a avaliação do enfermeiro para que o mesmo faça o teste imunológico para gravidez (TIG).

A interpretação do TIG é de exclusiva competência do profissional de nível superior, sendo que a execução do exame poderá ser delegada ao profissional de nível médio.



SEMPRE oportunizar os testes rápidos para IST no acolhimento para teste de gravidez: **O teste rápido é obrigatório.**

Neste momento é importante também o acolhimento do parceiro de modo a envolvê-lo no processo gestacional. Deve-se oportunizar também o cuidado a assistência ao homem através de:

- Realização dos testes rápidos sorológicos, glicemia e lipidograma;



Prefeitura
de Jundiá

- Avaliação de pressão e índice de massa corpórea;
- Estado vacinal;
- Envolver esse parceiro nas atividades educativas sobre alimentação saudável e assuntos pertinentes para maior vinculação afetiva e esclarecimentos sobre o parto.

Os resultados dos testes rápidos deverão ser anotados no cartão de pré-natal:

No caso de TR de sífilis positivo, verificar tratamento anotado em prontuário e se está adequado, se não, já iniciar tratamento, testar parceria e também iniciar tratamento.

Em casos positivos de TR de HIV, encaminhar para unidade de referência que é o ambulatório de moléstias infecciosas (Não é necessária a realização de outros testes para confirmação- fazer contato telefônico com ambulatório para discussão de caso e viabilização do atendimento).

Com a finalidade de ofertar um olhar da saúde mental na díade mãe-bebê e possibilitar intervenções precoces para a Promoção de Saúde e Prevenção de agravos, é importante que a equipe da Atenção Básica estabeleça avaliações em saúde mental, uma na abertura do pré-natal e outra no puerpério imediato. A avaliação inicial pode ser realizada por qualquer profissional que esteja responsável pela condução do pré-natal, na perspectiva do acolhimento implicado e da escuta ativa, empática e livre de julgamentos.

Nesta avaliação em saúde mental a equipe deve estar atenta, em especial, para os sinais de:

- Sofrimento psíquico;
- Violência doméstica;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Ideação suicida;
- Transtorno mental;
- Rejeição da gestação;
- Gestação fruto de situações de violência;
- Vulnerabilidades psicossociais importantes.

Na identificação desses sinais, o caso deverá ser acolhido pela equipe de referência da Atenção Básica e discutido com a eMulti, avaliando-se a

necessidade de atendimentos específicos e a construção do PTS.

Para as gestantes sem uma demanda inicial em saúde mental, serão disponibilizados grupos de gestantes, com vistas a trabalhar com os principais aspectos da gestação, cuidados em saúde, desenvolvimento do bebê, vínculo mãe-bebê e também promoção de saúde mental, por meio de orientações sobre cuidados com a saúde emocional e o desenvolvimento de hábitos saudáveis. A configuração grupal é um mecanismo de favorecimento de troca de experiências e criação de espaço de pertencimento e reconhecimento de possibilidades.

Caso identificada demanda de apoio em saúde mental durante o encontro, a equipe poderá discutir a ampliação das ofertas de cuidado no contexto do PTS.

É importante no diagnóstico de gestação já iniciar a primeira consulta a fim de iniciar as avaliações de risco, bem como adequar possíveis medicamentos utilizados no período pré-gestacional.

4. Seguimento Pré-Natal

4.1. Primeira Consulta

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada a anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, psiquiátricos, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. Atentar para mulheres em situação de vulnerabilidade.

Inicialmente deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além da abordagem sobre alimentação (Vide Anexo 1), hábito intestinal e urinário, movimentação fetal se início tardio e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. Todas as informações positivas deverão ser transcritas para a caderneta de pré-natal, assim como todos os resultados de exames mesmo que a paciente tenha uma cópia deles com ela.

O cartão pré-natal é um espelho do atendimento.

O exame físico clínico e ginecológico/obstétrico são importantes para avaliação de possíveis alterações e fatores de risco, com atenção ao peso inicial e altura (IMC), Pressão arterial e possíveis corrimentos.

Nesta consulta ainda deve ser avaliada a coleta do exame citopatológico

de colo uterino, seguir as recomendações de idade e periodicidade como as demais mulheres. Não há necessidade do uso da escova endocervical e não há restrição quanto à idade gestacional.

Após o exame físico, deve se avaliar a carteira de vacinação da gestante e orientar vacinação de acordo com o protocolo preconizado pela Vigilância Epidemiológica do Município como descrito abaixo:

- **dTpa** - realizar na 20ª semana, 1 dose. Se a gestante não for vacinada ou tiver esquema incompleto ou desconhecido, completar o esquema com Dupla Adulto, respeitando o intervalo de 2 meses entre as doses. A cada gestação ela deverá receber 1 dose de dTpa. Gestantes com esquema completo, aplicar dTpa a partir da 20ª semana, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias ou 60 dias (verificar com VE) da última dose de dupla adulto.

- **Hepatite B**
 1. Esquema vacinal desconhecido ou não vacinada: aplicar 3 doses (esquema-0,1,6 meses) independentemente da idade gestacional.
 2. Esquema vacinal incompleto: completar esquema de 3 doses respeitando os intervalos preconizados.
 3. Esquema vacinal completo e não tem sorologia ou foi realizada há mais de 2 meses da última dose: aplicar uma dose da vacina e agendar sorologia 45 dias após. Se o resultado desta sorologia for negativo, repetir novo esquema de 3 doses e coletar nova sorologia 45 dias após D3. Se o resultado permanecer negativo, considerar como não responsivo. Registrar no cartão de vacinas e no sistema de informação.

- **Influenza:** em qualquer período gestacional, aplicar 1 dose da vacina disponibilizada para a Campanha anual (caso a gestante tenha recebido a vacina Influenza do ano anterior, é necessário receber a vacina atualizada. Ex: se a gestante recebeu a dose em fevereiro de 2024, essa dose corresponde à composição da vacina de 2023, portanto será necessário receber a dose da vacina 2024).

- **Vacina anti-covid:** Orientar quanto a importância devido aos riscos maiores às gestantes e puérperas. Os profissionais devem acompanhar a atualização da Secretaria Estadual da Saúde (SES) – SP e Ministério da Saúde referente ao esquema e laboratório indicado.

- **Vacina de Febre Amarela:** A vacinação está contraindicada para as 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.

É importante sempre desaconselhar o uso de cílios, cabelos artificiais, piercing e alongamento de unha ou unha em gel, pois materiais utilizados podem interagir com equipamentos como bisturi elétrico podendo levar a queimaduras graves.

Caso ocorra gestação com um DIU in loco, deve-se atentar às seguintes situações e encaminhamentos*:

1. Início precoce do pré-natal com acolhimento na atenção básica e solicitação de exames da rotina de pré-natal, incluindo ultrassonografia obstétrica, que servirá para afastar gravidez ectópica.
2. Se a gestação é tópica e o fio está visível no canal vaginal, a retirada do DIU é aconselhada após orientação detalhada a gestante quanto ao aumento em 70% do risco de aborto quando mantido o dispositivo, bem como, ao risco 4 vezes maior de prematuridade.
3. No caso de gestação tópica e fio não visível no canal vaginal, na impossibilidade de retirar o dispositivo, realizar o pré-natal como o habitual procurando tranquilizar a gestante e com anotações no cartão pré-natal sobre a presença e localização do dispositivo.

Não há evidências na literatura de aumento de malformações congênitas na ocorrência da gravidez com o DIU intrauterino.

* Finotti, Marta Manual de anticoncepção / Marta Finotti. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2015. 1.Anticoncepcionais 2.Contracepção 3.Prevenção 4.Planejamento familiar 5.Promoção da saúde I.Finotti, Marta Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo NLM WQ630 ISBN: 978-85-64319-24-0

Em seguida deve ser avaliado o risco materno, solicitar exames de rotina e proceder aos encaminhamentos para odontologia e grupo de gestantes.

Caso ela se enquadre nos critérios de alto risco, deve ser avaliada pelo ginecologista ou médico de família para adequação de possíveis medicações e encaminhamento para o Ambulatório da Saúde da Mulher em **tempo oportuno**, isto é, de modo que seja adequado o tempo para que os controles sejam realizados e os profissionais do alto risco possam já fazer avaliações, em caso de não haver ginecologista na unidade ou na dúvida da necessidade de encaminhamento, discutir caso com equipe de pré-natal de alto risco ou via e-

mail nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br.

Por último, deve ser prescrito o ácido fólico e outros medicamentos específicos, necessários para cada caso, e orientar quanto ao agendamento do retorno.

Considerando as orientações do Ministério da Saúde que embasado em dados do IBGE apontam a baixa ingestão de cálcio pela população brasileira fica a seguinte recomendação de iniciar a suplementação de cálcio antes da 20ª semana e manter até a 36ª semana, conforme nota técnica no anexo 5. Devido a possíveis interações medicamentosas e alimentares bem como os efeitos adversos, essa recomendação deverá ser seguida a critério do prescritor.

O suplemento de cálcio **não** previne pré-eclâmpsia nas pacientes de risco. Dessa forma, deve-se ter atenção quanto as gestantes com fatores de risco para pré-eclâmpsia para iniciar profilaxia com **AAS** e Cálcio em tempo oportuno (ideal até 16 semanas). Seguir esquema abaixo:

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
Moderado	Nuliparidade
	Obesidade (IMC > 30)
	História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs)
	Baixo nível socioeconômico e/ou etnia afrodescendente
	Idade ≥ 35 anos
	História pessoal de baixo peso ao nascer
	Gravidez prévia com desfecho adverso
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
Baixo	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências

Todas as gestantes com:

- 1 Fator de Risco Alto ou
- 2 Fatores de Risco Moderados



Devem receber profilaxia para Pré-eclâmpsia:

AAS em baixa dose = AAS 100mg

Cálcio = 500 mg de Carbonato de Cálcio, 2 – 3x/dia

(ACOG, 2019)

4.2. Consultas Subsequentes

Nas consultas seguintes, deverão ser abordados aspectos do bem-estar materno e fetal.

1. Revisão contínua do risco gestacional;
2. Anamnese atual sucinta;
3. Verificação do calendário de vacinação;
4. Exame físico
5. Avaliação de exames laboratoriais e ultrassonográficos se for o caso;
6. Instituir condutas específicas;
7. SEMPRE ANOTAR NO CARTÃO PRÉ-NATAL.

Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional (DPP=+7do dia da DUM /-3 do mês da DUM / ano);
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC= peso em Kg / altura ao quadrado em metro) idealmente abaixo de 13 semanas e avaliar o estado nutricional (quadro 4).
- Medida da pressão arterial:
 - Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 (em três ou mais avaliações, em dias diferentes com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão e devem ser acompanhadas no alto risco.
 - PA entre 140/90 e 160/110, assintomática e sem ganho de peso >500 g semanais, agendar alto risco.
 - PA $\geq 160/110$ ou PA $\geq 140/90$ com sintomas como cefaleia, epigastralgia e escotomas, encaminhar (SAMU) com

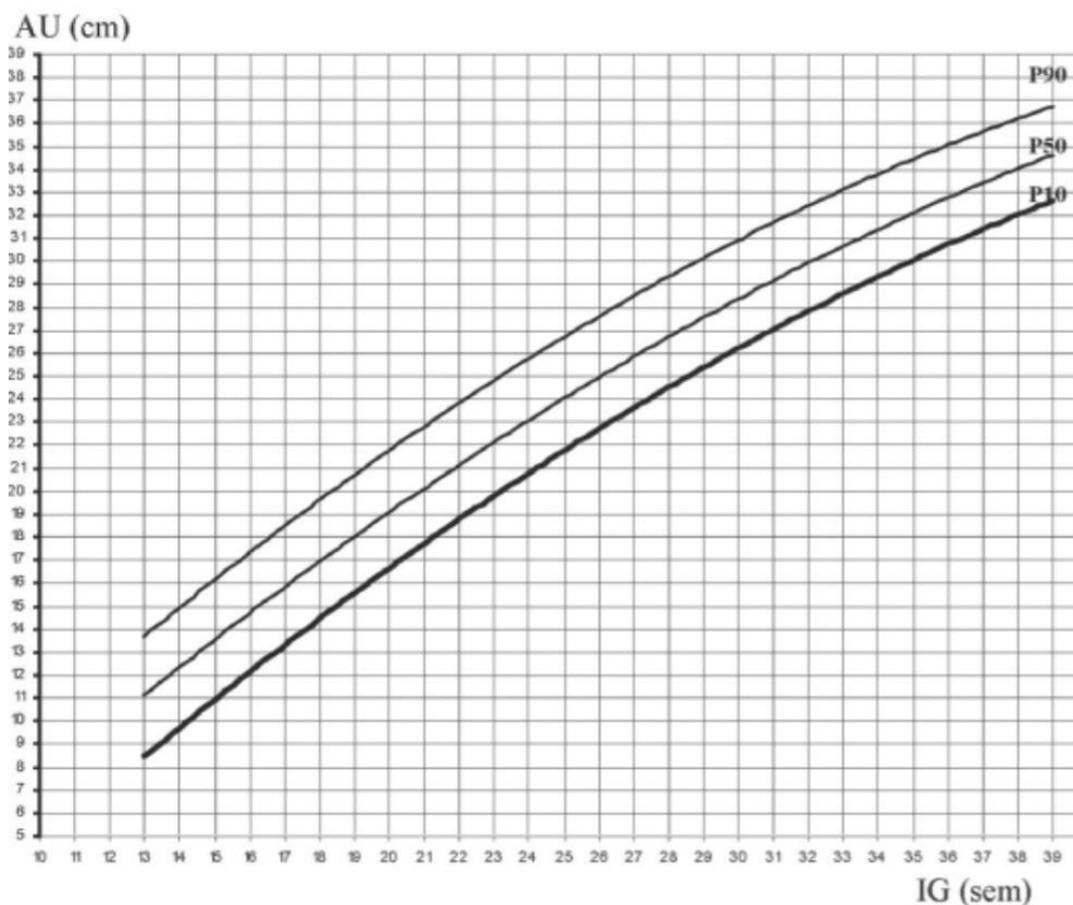


Prefeitura
de Jundiaí

urgência ao Hospital Universitário (HU).

A gestante que acompanha no alto risco continua sob responsabilidade da unidade de saúde de referência para acompanhamento compartilhado. Sugestão: Manter consulta de enfermagem para melhor acompanhamento quanto as medicações em uso, controles adequados e exames em tempo oportuno.

- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (desaceleração de crescimento pode indicar restrição de crescimento, utilizar curva de altura uterina para auxiliar);



- Pesquisa de edema (quadro 3);

Quadro 3- Avaliação de edema



- (-) ou ausente- monitorar rotineiramente.
- (+) apenas no tornozelo- observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado.
- (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão- orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco.
- (+++) em face, membros e região sacral, ou edema observado ao se levantar pela manhã. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e avaliação se necessidade de alto risco.
- Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor- suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e necessidade de alto risco.

Quadro 4- Ganho de peso recomendado (em Kg) na gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado Nutricional	Ganho de Peso semanal Peso total (Kg)	Ganho de Peso semanal médio (Kg) No 1º trimestre	Ganho de Peso total (Kg) no 2º e 3º trimestres
Baixo Peso	2.3	0.5	12.5-18.0
Adequado	1.6	0.4	11.5-16.0
Sobrepeso	0.9	0.3	7.0-11.5
Obesidade	0	0.3	7.0

Fonte: Institute of Medicine, 1990, adaptado

Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico principalmente a partir da 32ª semana. MOBILOGRAMA (Pode ser utilizado impresso próprio-Anexo 2).

Conduas:

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia a partir da 20ª semana. Caso o valor de hemoglobina (hb) for ≤ 11 g/dl, antecipar prescrição;
- Orientação alimentar (Orientações dietéticas em anexo 1).

É atribuição da equipe de Atenção Básica:

✓ Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados assim como sua frequência, pois a paciente pertence ao território;

✓ Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos.

As gestantes deverão participar de pelo menos quatro encontros de grupo pré-natal e ser orientadas a conhecer o hospital de referência ao parto através do incentivo a participação no grupo de gestantes realizado no hospital;

✓ Agendamento de consultas subsequentes;

✓ Realização de busca ativa das faltosas;

✓ Tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis assim como da parceria.

4.3. Exames de Rotina

4.3.1. Primeira consulta:

- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Hemograma;
- Urina¹ e urocultura com antibiograma;
- Glicemia de jejum;
- Teste anti-HIV;

- Toxoplasmose;
- Hepatite B: HBsAg e AntiHbs;
- Hepatite C;
- TSH.

No que diz respeito à ecografia obstétrica de rotina durante a gestação, embora seja procedimento bastante corriqueiro, permanece como assunto controverso. Não existe, ainda, demonstração científica de que esse procedimento, rotineiramente realizado, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. Entretanto, existe, sim, evidência científica de que sua realização precocemente durante a gravidez relaciona-se com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas.

Essa última característica associa-se indiretamente a uma menor mortalidade perinatal específica por malformações fetais nos países onde a interrupção precoce da gravidez é permitida legalmente. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem, ainda, incertos.

Dessa maneira, pode-se dizer que o exame de ultrassom pode ser recomendado como rotina nos locais onde ele esteja disponível e possa ser realizado no início da gestação. A sua não realização não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal.

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame de ultrassom mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade do feto ou outras características gestacionais ou fetais.

USG obstétrico, agendar preferencialmente entre 16 e 18 semanas. Nos casos de solicitação para complementação diagnóstica, sempre avaliar percentil de crescimento fetal (vide anexo 3).

Na primeira consulta ou em qualquer momento em que haja queixa, o exame ginecológico deve ser realizado, com avaliação de corrimento através do

teste de KOH (tratar se diagnosticado Vaginose ou Candidíase).

Quando solicitar o US com translucência nugal?

- 1) Aborto de repetição (3 ou + abortos)
- 2) Diabetes pré-concepcional (uso de hipoglicemiante ou glicemia de 1º trimestre ≥ 126);
- 3) Reprodução Assistida;
- 4) Insuficiência Istmo-cervical;
- 5) Idade materna superior ou igual a 40 anos.

A detecção precoce de malformações, segundo Ministério da saúde, tem utilidade limitada e juntamente com a implicação psicológica em relação ao número de falso- positivos, torna-se questionável e não modifica nenhum desfecho clínico.

Orientações especiais:

Nos casos de RH negativo, a avaliação de Coombs indireto deverá ser mensal e sua condução está descrita no “Protocolo de Pré-Natal: Principais condições patológicas inerentes a gestação”

Nos casos em que houver diagnóstico de sífilis, o acompanhamento de VDRL deverá ser mensal para avaliação de controle/cura da doença.

Nos diagnósticos de diabetes gestacional, isto é, glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl a conduta dependerá deste valor inicial ou do controle glicêmico, sendo desta forma considerada como risco intermediário. Assim, naquelas gestantes cujo valor estiver até 99mg/dl, o acompanhamento deverá ser realizado na atenção básica, enquanto valores a partir de 100mg/dl, poderá ser encaminhada para o pré-natal de alto risco (Detalhamento no “Protocolo de Pré-Natal: Principais condições patológicas inerentes a gestação”)

4.3.2. Segundo trimestre

Deverão ser solicitados exames e coletados em torno das 24 semanas:

- Sorologia Toxoplasmose: nos casos de IgG



Prefeitura
de Jundiaí

negativo no exame anterior;

- Urina tipo 1, urocultura e antibiograma;
- VDRL.

Curva glicêmica simplificada (75 g de dextrosol) para todas as gestantes que tiveram **glicemia inicial <92**, tempos 0, 60' e 120' (deverá ser realizada entre 24 e 28 semanas);

GTTsimplificado: Jejum <= 92, 1h <= 180, 2h <= 153

US morfológico de 2º Trimestre

- Deverá ser realizado entre 21 a 24 semanas. Atenção na data de solicitação a fim de haver tempo hábil a marcação e execução.

- Indicações:

- 1) US anterior com suspeita de malformação fetal;
- 2) História pregressa de malformação fetal;
- 3) História familiar de malformação fetal;
- 4) História de consanguinidade;
- 5) História de óbito perinatal sem causa aparente;
- 6) Gestantes que tiveram covid e/ou mpox e/ou toxoplasmose e/ou sífilis e/ou doenças exantemáticas como rubéola ou zika no 1º trimestre;
- 7) Uso de drogas teratogênicas (ex: talidomida, antineoplásicos e quimioterápicos, inibidores da ECA, lítio, alguns antitireoidianos (metimazol), barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, retinóides, valproato de sódio, tetraciclina, warfarina, cocaína/crack, álcool);
- 8) DM prévia ou DM gestacional;
- 9) Idade materna superior ou igual a 40 anos na concepção;
- 10) Idade materna inferior a 19 anos;
- 11) Gemelaridade.

4.3.3. Terceiro trimestre (entre 28ª e 30ª semanas)

Deverão ser solicitados, preferencialmente, os seguintes exames:

- Teste anti-HIV;
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Hemograma;
- Urina tipo I e urocultura e Antibiograma;
- Sorologia Toxoplasmose: nos casos de IgG negativo no exame anterior;
- US obstétrico entre 32 e 34 semanas para as pacientes com IMC>30 e para àquelas diabéticas acompanhadas na UBS a fim de melhor avaliação de macrossomia fetal.

Indicações de ecocardio fetal: *

**singularizadas baseadas nas orientações da Febrasgo*

- Idade superior a 40 anos;
- Suspeita de anomalia estrutural cardíaca;
- Suspeita de anormalidade na função cardíaca;
- Hidropsia fetal;
- Taquicardia fetal persistente (FCF > 180bpm);
- Bradicardia fetal persistente (FCF < 120bpm) ou suspeita de bloqueio cardíaco;
- Episódios frequentes de ritmo cardíaco irregular persistente;
- Malformação fetal grave extra cardíaca;
- Translucência nucal $\geq 3,5$ mm ou maior que o percentil 99 para idade gestacional;
- Cromossomopatia em procedimento invasivo ou NIPT;
- Gestação gemelar monocoriônica.
- Óbito perinatal sem causa aparente



Fatores maternos ou familiares que a ecocardiografia fetal está indicada:

- Diabetes pré-gestacional independente do nível da hemoglobina glicada;
- Diabetes gestacional diagnosticada no 1º trimestre com glicemias a partir de 100mg/dl
- Fertilização in vitro, incluindo injeção intracitoplasmática de espermatozoide;
- Doença autoimune com anticorpo anti- síndrome de Sjögren relacionado antígeno A, e com filho anterior afetado;
- Parente de 1º grau do feto com doença cardíaca congênita (Pais, irmãos/ gestação anterior);
- Parente de 1º ou 2º grau com doença de herança Mendeliana e história de manifestação cardíaca na infância;
- Exposição ao ácido retinóico;
- Infecção por rubéola no 1º trimestre.

Fatores maternos ou familiares que a ecocardiografia fetal pode ser considerada:

- Exposição a agentes teratogênicos específicos (paroxetina, cabamazepina, lítio);
- Medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da enzima de conversão;
- Doença autoimune com anticorpo anti-síndrome de Sjögren relacionado antígeno A, sem filho anterior afetado;
- Parente do 2º grau do feto com doença cardíaca congênita.

- O exame deverá ser realizado preferencialmente na 28ª semana, não podendo ultrapassar as 32 semanas;
 - O pedido deve ser realizado em SADT
 - Será 100% regulado (Avaliação via e-mail regulação –paço);
 - Poderá solicitar: o ginecologista ou médico de estratégia de família.
- ✓ Golf ball isoladamente, não é critério para solicitação de ecocardio fetal

Na 35ª semana, deve ser realizada a Pesquisa de Estreptococos Beta Hemolítico em secreção anal e vaginal.

5. Avaliação de Risco

O enfermeiro/médico fará avaliação de risco gestacional (conforme descrição):

- sendo baixo risco a próxima consulta será em 30 dias com o médico e subsequentemente intercalada com o enfermeiro;
- se avaliado médio ou alto risco, agendar consulta médica em até uma semana para condutas e encaminhamentos. Nos casos P0, encaminhar diretamente para o HU.

5.1. Critérios para Avaliação de Risco

A gestação é um fenômeno fisiológico, mas uma pequena parcela das gestantes que por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Essa parcela constitui um grupo chamado gestantes de alto risco.

Entretanto, não se deve considerar identificação de fator de risco como indicador de transferência de cuidados. O fator de risco é um

marcador de alerta que muitas vezes não se manifesta com as possíveis complicações. A atenção diligente por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário. Pode-se buscar a segunda opinião de equipes especializadas, treinadas na atenção a gestações de alto risco. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem através de consultas de enfermagem, visitas domiciliares (nas unidades onde há agentes de saúde), busca de comparecimento ou falta pelo sistema de agendamentos e contato telefônico.

É fundamental que o médico da UBS encaminhe a paciente com o impresso de Referência e contra referência devidamente preenchido e com o maior número de informações relevantes; com a carteira de pré-natal com resultado de exames e exame de citologia oncológica de colo uterino em dia conforme protocolo vigente.

A seguir temos algumas condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual:

Individuais e condições sócias demográficas desfavoráveis:

- **Idade menor que 16anos e a partir dos 40 anos;**
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

História reprodutiva anterior:



- **Morte perinatal explicada ou inexplicada;**
- recém-nascido -nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- **Abortamento habitual (maior que 3);**
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Cirurgia uterina anterior;
- Macrossomia fetal.

Intercorrências clínicas crônicas: Todas aquelas que tenham comprometimento sistêmico e/ou não estejam bem controladas.

- Transtorno Mental (se em acompanhamento na unidade básica e bem vinculado, deve manter-se na origem);
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Epilepsia;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV);
- Doenças auto-imunes (Lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

Doença obstétrica na gravidez atual:

- **Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;**

- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;**
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- **Isoimunização;**
- Óbito fetal.

Identificando-se um ou mais desses fatores, deverá ser avaliado o grau de relevância de cada um, e estabelecer o risco pré-natal, a simples observação dessa lista não é suficiente para a organização de um sistema hierarquizado de assistência à gestante.

Os casos encaminhados para avaliação compartilhada com o pré-natal de alto risco poderão manter seu acompanhamento especializado ou ser reencaminhados com contrarreferência e orientação de seguimento.

Abaixo seguem 10 orientações importantes para a estratificação:

1. Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
2. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos. Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco.
3. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado

deve ser solicitado.

4. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.
6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia sempre que necessário.
7. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado, implicando maior vigilância e cuidado.
8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.
9. Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal.
10. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata, devendo ser encaminhadas para assistência hospitalar (HU).

A seguir, segue-se as tabelas para orientação quanto as indicações de seguimento tendo em vista que o risco deverá ser avaliado em todas as consultas de pré-natal e poderá modificar a qualquer momento:



Estratificação de risco	Baixo	Intermediário	Alto
Local de acompanhamento preferencial	UBS	UBS + equipe multi	Alto Risco
Características Individuais e Condições sócio-demográficas	<ul style="list-style-type: none">• Idade entre 16 e 35 anos• Boa aceitação da gestação	<ul style="list-style-type: none">• Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos• Esforço excessivo no trabalho, carga horária extensa, contato com agentes físicos, químicos ou biológicos nocivos, níveis altos de estresse• Indícios de violência doméstica ou de gênero• Situação conjugal instável• Falta de rede de apoio• Não aceitação da gestação• Baixa escolaridade• Uso de medicamentos teratogênicos;• Altura menor que 1,45• IMC <18,5 ou >30 kg/m²• Sinais de sintomas de sofrimento psíquico• Transtornos leves de depressão e ansiedade• Uso abusivo de álcool e outras drogas• Ideação suicida• Tabagismo• Gestante em situação de rua de rua ou imigrante• Gestante com cor de pele preta ou parda• Vulnerabilidades psicossociais importantes	<ul style="list-style-type: none">• Agravos nutricionais como transtornos alimentares ou IMC >=40



Estratificação de risco	Baixo	Intermediário	Alto
Local de acompanhamento preferencial	UBS	UBS com equipe multi	Alto risco
História Reprodutiva Anterior		<ul style="list-style-type: none">• Gestação com DIU (não foi possível retirada)• Histórico de Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia• Insuficiência istmo-cervical• Prematuridade• Isoimunização• Restrição ou macrossomia anterior• Malformação anterior• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas anteriores• Diabetes gestacional anterior• Infertilidade• Cesáreas consecutivas ou com histerotomia corporal	<ul style="list-style-type: none">• Aborto recorrente (3 ou mais)• Aborto tardio ou morte perinatal inexplicada• Acretismo placentário



Estratificação	Baixo	Intermediário	Alto
Local de acompanhamento preferencial	UBS	UBS com equipe multi (avaliação especializada, se necessário)	Alto Risco
Condições clínicas prévias a gestação	Ausência de intercorrências	<ul style="list-style-type: none">• Depressão e ansiedade• Asma controlada• Hipotireoidismo ou subclínico• Traço falciforme• Ginecopatias uterinas• Cirurgia bariátrica• HPV	<ul style="list-style-type: none">• Pneumopatias graves• Nefropatias graves• Hipo ou hipertireoidismo clínico• Doença falciforme, talassemias, púrpura trombocitopênica, coagulopatias• Histórico de tromboembolismo• Doenças autoimunes• Neoplasias• Transplantadas• Em tratamento de tuberculose, hanseníase, HIV ou hepatite (AMI)



Estratificação	Baixo	Intermediário	Alto
Local de acompanhamento preferencial	UBS	UBS com equipe multi (avaliação especializada, se necessário)	Alto risco
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	Sífilis	<ul style="list-style-type: none">• Gestação resultante de violência sexual• Gestação por FIV• Diabetes bem controlada• Hipertensão sem uso de medicamento• Itu de repetição ou internação prévia por pielonefrite• Ganho de peso inadequado• Infecção por herpes• Infecções exantemáticas• Suspeita de restrição ou macrosomia fetal• Anemia com hb>8	<ul style="list-style-type: none">• Gestação em transexuais• Mola• Gemelar• MF fetal• Diabetes com mal controle glicêmico• Hipertensão em uso de medicação• Tromboembolismo na gestação• Toxoplasmose• Alteração de líquido amniótico confirmada• Trabalho de parto inibido nesta gestação com Idade gestacional atual< 36semanas• Isoimunização• Anemia com hb<=8• Placenta prévia e/ou acretismo placentário• Colestase gestacional.

5.2- Critérios de Priorização

Os critérios de priorização são ferramentas importantes para garantir que o atendimento se torne oportuno.

É considerado para pré-natal:

P0: atendimento hospitalar HU

P1: agendamento em cerca de 10d

P2: agendamento em 20d

P3: agendamento em cerca de 30d

6. Cronograma de Atendimento

Baixo Risco:

- Até 32 semanas: Consultas Mensais.
- 32 a 36 Semanas: Consultas Quinzenais.
- A partir de 36 semanas: Consultas Semanais.
- A partir de 40 semanas: acompanhamento conjunto com HU para realização de vitalidade fetal (encaminhar com impresso de referência/contra referência)

Não deverá ser dada alta do pré-natal.

Caso a gestante não entre em trabalho de parto, encaminhar para avaliação de indução de parto entre 41 e 42 semanas.

Risco intermediário:

A gestante deverá ser acompanhada pela equipe e-multi de acordo com sua necessidade.

As consultas podem ser intercaladas entre o médico e enfermagem, mas sempre com discussões ampliadas.

- Até 28 semanas: Consultas Mensais.
- 28 a 36 Semanas: Consultas Quinzenais.
- A partir de 36 semanas: Consultas Semanais.
- A partir de 40 semanas: acompanhamento conjunto com HU para realização de vitalidade fetal (encaminhar com impresso de referência/contrarreferência)

Alto risco

A periodicidade das consultas deverá ser definida de acordo com a patologia e/ou risco pelo profissional da especialidade.

As consultas de pré-natal de enfermagem devem ser mantidas na atenção básica a fim de acompanhamento conjunto no apoio as orientações e alertas de controles e medicamentos.

A consulta médica deverá ser descontinuada e o médico acionado no caso de alguma intercorrência em que a gestante esteja na unidade.

7. Puerpério:

O puerpério é um momento de muitas transformações na vida da mulher, as quais envolvem não apenas mudanças físicas, ligadas às alterações hormonais, como também modificações familiares e culturais, como as demandas em tempo integral do bebê, a perda do corpo gravídico e não retorno imediato ao corpo anterior à gestação, a privação do sono, as pressões sociais. As mudanças após o parto são muitas, e cada mulher irá vivenciá-las de uma maneira singular e única. Ao mesmo tempo, esse é um momento, que em virtude das demandas de cuidados e acompanhamento em saúde com o bebê, as mulheres estão mais presentes na rotina da Atenção Básica, trazendo aos profissionais deste nível de atenção, a possibilidade de observar se a usuária necessita de algum tipo de apoio emocional.

Ofertar um ambiente acolhedor, em que a mulher, recém-mãe possa se sentir escutada em suas dúvidas, é um fator importante para a promoção da saúde mental, não apenas da mãe, mas também do bebê, que está iniciando seu desenvolvimento psíquico.

Uma proposta de atendimento para esta condição é a realização de grupos de mães em puerpério, com encontros sistemáticos, para tratar de temáticas relativas ao desenvolvimento do bebê, a relação desenvolvida entre a díade, além da avaliação dos aspectos emocionais da mãe no pós-parto. A realização destes grupos pode favorecer as trocas e a criação de um espaço de pertencimento e reconhecimento.

Ao longo dos atendimentos realizados com as puérperas, devem ser observados sinais de:

- Sofrimento psíquico;

- Violência doméstica;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Ideação suicida;
- Transtorno mental;
- Rejeição do bebê, com dificuldades na vinculação;
- Bebê fruto de gravidez gerada por situações de violência;
- Bebês com má-formação, alterações no desenvolvimento ou outras condições clínicas;
- Intercorrências no parto.

As alterações psíquicas mais frequentes no puerpério são crises de choro, nervosismo e tristeza, muitas vezes acompanhados de alteração do sono. Estes sintomas podem configurar um quadro compatível com baby blues ou indicarem o início de um quadro de depressão pós-parto. O acompanhamento e o diagnóstico diferencial permitirão a intervenção mais apropriada.

Quando constatados algum desses sinais, o caso deve ser compartilhado com a equipe da UBS e e-Multi, a fim de promover uma atenção mais singularizada, com avaliação de profissional de saúde mental, ainda no primeiro trimestre de vida do bebê e, se necessário, acompanhamento psicossocial contínuo.

Na ocorrência de depressão pós-parto, é importante a intervenção terapêutica precoce, que possibilitará uma evolução mais favorável, melhorando o desempenho social e, principalmente, o relacionamento mãe-bebê, fundamental para a melhor vinculação e desenvolvimento da criança. Algumas questões são de grande relevância para identificar as mulheres com maior risco para desenvolver depressão no período puerperal, tais como: episódios depressivos anteriores ou durante a gravidez, história familiar de transtorno do humor, fatores estressores ao longo da vida, abuso sexual na infância, uso nocivo de bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, apoio familiar prejudicado, principalmente do cônjuge, e decisão de interromper as medicações psicotrópicas durante a gravidez.

Para o cuidado destes quadros, a Atenção Básica tem um papel e ferramentas fundamentais, tais como o monitoramento e acompanhamento

sistematizado dos casos, a inserção em grupos da unidade, a disponibilização de profissional de referência para acolhimento desta usuária e a realização de visitas domiciliares e busca ativa quando necessário.

✓ Visita domiciliar:

Até sete dias após da alta hospitalar realizar visita domiciliar, quando possível, verificando o vínculo mãe/RN, aceitação, apoio familiar, amamentação, as condições de moradia, condições de higiene, saneamento básico, e demais condições que interfiram nos cuidados com o RN priorizando aqueles de maior vulnerabilidade. Alertas a sinais de depressão pós-parto, sangramentos vaginais excessivos, febre e condições de ferida operatória.

✓ Consulta puerperal:

A ser realizada em até 30 dias após o parto:

- Verificar no cartão de Pré-Natal e da criança;
- Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- Atendimento ao parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Verificar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.
- Anamnese: Identificar as principais queixas, avaliar o aleitamento materno, alimentação, sono e atividades físicas, observar Situações de vulnerabilidade social e condições psicoemocionais, atenção para alterações emocionais. Dor, fluxo vaginal, sangramentos, queixas urinárias e febre.
- Abordar planejamento da vida sexual e reprodutiva (orientar sobre DIU e anticoncepcionais orais/injetáveis).

Para mulheres que não amamentam não há restrição de nenhum método. Para mulheres em amamentação exclusiva: Norestisterona 0,35 mg, 01 cp VO/dia.

Atenção: substituir no momento de introdução de outros alimentos, água, chás ou sucos para o bebê.

A opção por Depoprovera 150mg IM é extremamente segura, deverá ser administrada naquele momento e a cada 3m, mesmo durante aleitamento parcial ou na sua suspensão.

- Avaliação clínica-ginecológica:
 - Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
 - Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
 - Exame ginecológico: observar loquiação, lacerações, equimoses, edemas, episiotomia;
 - Avaliar sinais vitais, mucosas, mamas, MMII (varizes, edema, sinais de trombose);
 - Observar vínculo mãe-RN;
 - Anotar os dados da consulta no prontuário;
 - Encaminhamentos: avaliar a situação vacinal;
 - Orientar retornos de rotina.

8. Participação da equipe multiprofissional

Médico:

- Realiza consulta pré-natal;
- Solicita exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas e operacionais e protocolo vigente na SMS;
- Anota os resultados em cartão pré-natal e prontuário;
- Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza coleta de exame citopatológico, se necessário;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar, quando for o

caso;

- Atende as intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário.

Enfermeiro (a):

- Realiza consulta de enfermagem, com investigação da amenorréia, diagnostica a gestação, e classifica o risco;
- Realiza teste rápido nas confirmações de gestação (sífilis e HIV);
- Realiza consulta de pré-natal de enfermagem, na gestação classificada como de Baixo Risco;
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Colhe material para exames laboratoriais;
- Prescreve medicamentos pactuados conforme protocolo;
- Encaminha gestantes identificadas com de risco para o médico;
- Realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc;
- Realiza visita domiciliar, quando for o caso;
- Promove a busca ativa de faltosas;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realiza coleta de exame citopatológico (quando necessário), teste de KOH;
- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Verifica esquema vacinal e aplica vacinas conforme calendário vigente da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Técnico /Auxiliar de Enfermagem:

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Auxilia o enfermeiro na realização do teste de gestação bem como nos testes rápido quando treinados;
- Verifica o peso, a altura e a pressão arterial e anota os dados no cartão da gestante quando necessário;
- Verifica a PA das gestantes em acompanhamento por suspeita de HA,

anota e notifica enfermeiro e/ou GO nos casos de PA $\geq 140/90$;

- Verifica glicemia capilar quando necessário;
- Fornece medicação mediante receita;
- Colhe material para exames laboratoriais;
- Verifica esquema vacinal e aplica vacinas conforme calendário vigente da Vigilância Epidemiológica Municipal;
- Realiza visitas no período puerperal até 07 dias após a alta, quando designados.

Agente comunitário de saúde:

- Realiza visitas domiciliares periodicamente, identificando gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar o enfermeiro ou médico de sua equipe caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;
- Deve avisar o médico ou o enfermeiro, no caso de adolescente, sob a não aceitação da gravidez por ela ou por sua família;
- Orientar sobre a periodicidade das consultas, identificar situações de risco e encaminhar para diagnóstico e tratamento;
- Realizar a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subsequentes;
- Realizar busca ativa das faltosas;
- Realizar visita domiciliar no puerpério, acompanhando o processo de aleitamento, orientando e estimulando a rotina de puericultura.

Odontólogo

Durante a gestação, o corpo da mulher sofre com alterações hormonais, o que deixa a boca mais suscetível ao aparecimento de doenças, como infecções nas gengivas e cáries, o que está associado ao parto prematuro.

Assim, toda gestante deverá ser encaminhada para avaliação odontológica no diagnóstico de gestação.

O acompanhamento odontológico está detalhado no **anexo 4**.

A equipe Multiprofissional poderá ser acionada a qualquer momento para atuação conjunta nas situações em que se fizerem necessárias abordagens em: saúde mental, nutricional, reabilitação, práticas integrativas e demandas sociais.

Como a avaliação quanto a saúde mental permeia a todos os profissionais ela está descrita nos tópicos de diagnóstico de gestação e na avaliação puerperal.

9. Orientações quanto a prescrição

Estes medicamentos foram pactuados e poderão ser prescritos pela enfermagem seguindo protocolo específico.

1. SULFATO FERROSO - 1 drágea 40mg/dia ou a dosagem equivalente em gotas na prevenção da anemia ferropriva a partir da 20ª semana de IG. Se Hb < 11g/dl e >8g/dl, 3 drágeas / dia. Se Hb <8g/dl, sempre solicitar avaliação médica.
2. ÁCIDO FÓLICO - 1 comp. de 5mg ao dia durante o 1º trimestre da gestação.
3. HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO SUSPENSÃO ORAL - suspensão oral a 6,2 %, 1 colher das de sopa após as principais refeições, em caso de pirose persistente após orientação dietética.
4. MICONAZOL CREME VAGINAL - 1 aplicação por 07 noites em casos de candidíase vaginal.



5. PARACETAMOL - 500mg VO até de 6/6hs em casos de mialgia, hipertermia, ou cefaleia, excluindo o surgimento de hipertensão arterial através do monitoramento da pressão arterial.
6. METOCLOPRAMIDA - 10mg VO de 8/8 horas, indicada para os casos de emese gravídica.
7. METRONIDAZOL 250 mg, VO, 2cp de 12/12h, por 07 dias, nos casos de vaginose bacteriana, após o 3º mês de gravidez.
08. Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM, 03 doses, 01 doses por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo – totalizando 7,2 milhões), para casos positivos de Sífilis. Tratar a Gestante e o parceiro sexual. Atenção para a fase da doença. Nos casos de alergia, encaminhar para dessensibilização.
- 09- Doxiciclina 100mg, 2x dia (VO), por 28 dias (NÃO INDICAR PARA GESTANTE), tratamento alternativo para o parceiro da gestante no caso de alergia a penicilina.
- 10- AAS 100mg, VO, à noite, a partir da 12ª.semana, conforme indicações descritas anteriormente.
- 11- Cálcio carbonato 1250mg- Tomar 1cp VO 12/12h (café e jantar).
- 12-Óleo mineral- Tomar 5,0 ml 2xdia, na constipação- Não manter uso contínuo, a prescrição deverá ser pontual.
- 13- noretisterona 0.35 mg (mini-pílula): Apenas anticoncepção pós-parto em aleitamento exclusivo. Uso contínuo sem pausa.
- 14- Desogestrel 75: Tomar 1 cp, VO, contínuo sem pausa, em casos pré-selecionados, conforme indicação e formulário específico.
- 15- EtilEstradiol 0.03mg + levonorgestrel 0.15mg (derivado da 19-Nortestosterona): Tomar 1cp, VO, 1x dia por 21 dias com intervalo de 07 dias, indicado na ausência da amamentação ou após 6 meses do parto (se não houver outra contraindicação)
- 16- EtilEstradiol 0.035mg + acetato de ciproterona 2mg (derivado da 17 alfa progesterona): Tomar 1 cp via oral por 21 dias com pausa de 07 dias, indicado na ausência da amamentação ou após 6 meses do parto (se não houver outra contraindicação).
- 17- Enantato de noretisterona 50mg/ml + valerato de estradiol 5mg/ml Intramuscular Aplicar 1x ao mês. Iniciar no 1o. dia da menstruação.



Prefeitura
de Jundiaí

Intervalo de administração: 30+/- 3 dias.

18- Acetato de medroxiprogesterona 150 Intramuscular Aplicar intramuscular a cada 3 meses e iniciar no 1o.dia da menstruação ou nos 40 dias pós-parto.

Intervalo de administração: 12-13 semanas (máximo 91 dias).

10. Anexos:

Anexo 1- Orientações nutricionais na gestação:

A alimentação equilibrada é um hábito recomendado para toda a vida. Na gestação, essa responsabilidade aumenta, uma vez que implica diretamente no desenvolvimento do bebê.

Recomendações Gerais:

- Mastigue bem os alimentos e não fique muito tempo sem se alimentar.
- *Verduras e legumes*: consumir diariamente, de preferência crus e com talos, no almoço, no jantar e nos lanches.
- *Frutas*: consumir diariamente de 03 a 04 frutas, de preferência com casca e bagaço.
- *Leguminosas (grãos)*: feijões, ervilha, grão de bico e lentilha. Consumir 02 porções/dia.
- *Carboidratos*: arroz, pães, massas, milho, bolachas, torradas, bolos, farinhas, fubá, tapioca, batatas, mandioca, mandioquinha, cará, inhame. Escolher apenas 01 fonte de carboidrato por refeição ou respeitar a porção recomendada. Dar preferência para os integrais. Leia sempre o rótulo do produto, considerando que o primeiro ingrediente da lista deve ser “farinha de trigo integral”. O melhor pão é o feito em casa ou de uma produção caseira.
- *Cereais integrais e sementes*: aveia em flocos, farelo de aveia, chia, semente de abóbora e girassol, quinoa, granola sem açúcar, psyllium, farinha da casca do maracujá, farinha de berinjela – podem ser adicionadas de 01 a 02 colheres de sopa/dia. A semente de linhaça não deve ser consumida durante a gestação.
- Com o aumento do consumo de fibras, melhorar a hidratação com água, para um bom funcionamento intestinal.
- *Carnes e ovos*: é recomendado o consumo de carnes magras e de preferência assadas, grelhadas ou cozidas. Carne vermelha magra (patinho, coxão mole, coxão duro, lagarto e músculo), frango sem pele, peixes, porco (lombo e filé mignon), ovos (cozidos, mexidos ou omelete). Evite carnes vermelhas gordas (fraldinha, contrafilé, alcatra, cupim, acém, picanha, costela e maminha), porco (bacon, torresmo, toucinho, panceta e costela), embutidos (linguiças, salsicha, mortadela, presunto, apresentado, salame, peito de peru e paio), pele de frango e queijos (provolone, parmesão, prato, mussarela e cheddar).



- *Leite e derivados*: dar preferência às versões magras, como queijo fresco, ricota, iogurtes naturais, etc.
- *Gorduras boas*: azeite de oliva, abacate, semente de gergelim, semente de girassol, castanhas, nozes e amendoim.
- *Utilize temperos naturais*: alho, cebola, salsinha, cebolinha, manjeriço, alecrim, coentro, sálvia, tomilho, orégano, hortelã, açafraão, colorau, etc.
- *Cafeína*: café, chá mate, chá preto, chá verde, chocolate, energético, isotônicos e refrigerantes (cola). O excesso de cafeína durante a gestação pode ser prejudicial ao bebê. *Chás*: nenhum tipo de chá é indicado durante a gestação.
- *Adoçantes, produtos DIET e LIGHT*: geralmente são ricos em gorduras, sódio, aditivos e conservantes e não são recomendados.
- *Alimentos crus, não pasteurizados e a granel*: carnes malpassadas, ovos com gema mole, comida japonesa, maionese caseira, queijos fabricados com leite não pasteurizados (brie, roqueforte, gorgonzola e mexicano) e produtos comprados a granel (ex: grãos e farinhas comprados por peso) não são indicados durante a gestação devido ao risco de contaminação bacteriana e fúngica. Frutas, verduras e legumes devem ser higienizados adequadamente com solução de hipoclorito de sódio (distribuído pela farmácia da UBS).
- O consumo de bebida alcoólica e cigarro são contraindicados, pois prejudicam o desenvolvimento do bebê.

Esses são nutrientes importantes para o desenvolvimento do bebê:

Ferro	Cálcio	Zinco	Magnésio	Vit C	Vit B6 e B12	Ácido Fólico	Ômega-3
Carne vermelha, frango, peixe, ovo, feijões, grão de bico, lentilha, ervilha, verduras verde-escura (agrião, almeirão, brócolis, chicória, couve, espinafre, rúcula)	Leite, queijos, iogurte, tofu, verduras verde-escuras, gergelim, sardinha fresca	Carne vermelha, frango, peixe, ovo, abacate, feijões, ervilha, grão de bico, lentilha, castanhas semente de abóbora, semente de girassol, cereais integrais	Feijões, grão de bico, ervilha, lentilha, semente de girassol, semente de abóbora, abacate, banana, castanhas, tofu, verduras verde escura, cereais integrais	Frutas Cítricas (abacaxi, acerola, caqui, caju, goiaba, kiwi, laranja, limão, maracujá, mamão, mexerica, morango), verduras verde-escuras, tomate	Carne vermelha, frango, peixe, ovo, lombo de porco, aveia, abacate, banana, gérmen de trigo, castanhas, semente de girassol, cereais integrais	Feijões, verduras verde-escura, beterraba, abacate, nozes, carne vermelha, pão integral caseiro	Peixes frescos (bacalhau, salmão, arenque, atum, sardinha, cavala), chia

ADRIANA CRISTINA BARBOSA

NUTRICIONISTA- CRN-3 7479/APOIADORA TÉCNICA



Anexo 3- Tabela de referência para valores de pesos fetais estimados: Hadlock FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In útero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. Radiology 1991; 181: 129-33.

Idade Gestacional (semanas)	Percentil 3*	Percentil 10*	Percentil 50*	Percentil 90*	Percentil 97*
10	26	29	35	41	44
11	34	37	45	53	56
12	43	48	58	68	73
13	55	61	73	85	91
14	70	77	93	109	116
15	88	97	117	137	146
16	110	121	146	171	183
17	136	150	181	212	226
18	167	185	223	261	279
19	205	227	273	319	341
20	248	275	331	387	414
21	299	331	399	467	499
22	359	398	478	559	598
23	426	471	568	665	710
24	503	556	670	784	938
25	589	652	785	918	981
26	685	758	913	1068	1141
27	791	879	1055	1234	1319
28	908	1004	1210	1416	1513
29	1034	1145	1379	1613	1754



**Prefeitura
de Jundiaí**

30	1169	1294	1559	1824	1949
31	1313	1453	1751	2049	2189
32	1465	1621	1953	2285	2441
33	1622	1794	2162	2530	2703
34	1783	1973	2377	2781	2971
35	1946	2154	2585	3036	3244
36	2110	2335	2813	3291	3516
37	2271	2513	3028	3543	3785
38	2427	2686	3236	3786	4045
39	2576	2851	3435	4019	4294
40	2714	3004	3619	4234	4524

*Peso fetal em gramas.

Anexo 4- Protocolo de Atendimento Odontológico para Pacientes Gestantes

1. Encaminhamento e Avaliação Inicial

1. Encaminhamento:

- Encaminhar toda gestante para uma avaliação odontológica ao diagnóstico de gestação para avaliar a saúde bucal e identificar possíveis riscos.

2. História Médica:

- Coletar informações detalhadas sobre a gestação, incluindo o trimestre, qualquer condição médica associada e o histórico de saúde bucal da paciente.

2. Planejamento e Procedimentos

1. Momento do Tratamento:

- Realizar tratamentos odontológicos em qualquer fase da gravidez conforme necessário, com ênfase no segundo trimestre. Este período é ideal devido à redução de enjoos e ao maior conforto na posição da cadeira dentária.

2. Avaliação de Risco e Tratamento:

- Avaliar a necessidade de tratamento e priorizar procedimentos de emergência e conservadores.
- Evitar procedimentos eletivos, especialmente no primeiro e terceiro trimestres, a menos que sejam essenciais para a saúde da paciente e do bebê.

3. Radiografias e Anestesia:

- Utilizar radiografias apenas quando estritamente necessário, sempre com proteção adequada (colete de chumbo).
- Utilizar anestésicos locais seguros e evitar medicamentos que possam afetar a gestação. Prescrever medicamentos que sejam comprovadamente seguros para gestantes.

3. Cuidados Durante e Após o Tratamento

1. Conforto da Paciente:

- Assegurar que a paciente esteja confortável durante o atendimento, fazendo pausas e ajustando a posição conforme necessário para evitar desconforto.

2. Orientações Pós-Tratamento:

- Fornecer instruções claras sobre cuidados pós-operatórios e sinais de possíveis complicações.
- Recomendar práticas de higiene oral rigorosas, incluindo escovação adequada e uso de fio dental, para ajudar a prevenir doenças periodontais e cáries.

4. Prevenção e Monitoramento

1. Prevenção de Doenças Bucais:

- Informar a paciente sobre a importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação para evitar infecções nas gengivas e cáries, que podem estar associadas ao parto prematuro.

2. Acompanhamento Regular:

- Agendar consultas de acompanhamento conforme necessário para monitorar a saúde bucal e realizar ajustes no plano de tratamento conforme a evolução da gestação.

5. Comunicação e Coordenação

1. Comunicação com médico:

- Quando necessário, coordenar com o médico da paciente para garantir que o tratamento odontológico esteja alinhado com o cuidado geral da gestação.

2. Educação e Suporte:

- Oferecer educação sobre como as mudanças hormonais durante a gestação podem afetar a saúde bucal e fornecer suporte para a gestão de qualquer problema que possa surgir.

6. Documentação e Registros

1. Documentação Detalhada:

- Manter registros completos de todas as consultas, tratamentos realizados e orientações fornecidas à paciente gestante.
- Garantir que todas as informações estejam atualizadas e acessíveis para futuras consultas e avaliações.

Anexo 5-

Nota técnica para orientação quanto a suplementação do cálcio na gestação

Considerando as orientações do Ministério da Saúde que embasado em dados do IBGE apontam a baixa ingestão de cálcio pela população brasileira fica a seguinte recomendação:

O início da suplementação de cálcio deverá ser antes da 20ª semana e mantido até a 36ª semana. Nos ensaios clínicos realizados, a incidência de efeitos colaterais foi baixa: mais de 90% das gestantes apresentaram boa aceitabilidade.

- **Dose recomendada:** ao menos 1g por dia. O Município oferece comprimidos de Carbonato de Cálcio com 1250 mg (equivalente a 500 mg de Ca elementar), portanto devem ser administrados 2 comprimidos de carbonato de cálcio.

Recomenda-se a administração antes de dormir ou pela manhã, sempre com a ingestão de algum alimento. Deve-se evitar alimentos ricos em fibra ou ferro, pois diminuem a absorção de Ca. Por esse motivo também orientar para intervalo de **pelo menos 2 horas** entre a ingestão de cálcio e de suplementos de ferro.

- **Interações medicamentosas:** não recomenda-se associar a suplementação de cálcio ao uso de:
 - Digitálicos – pode interferir na ação do medicamento causando arritmias cardíacas.
 - Fenitoína
 - Omeprazol – devido à interação medicamentosa.
 - Altas doses de vitamina D (10.000 UI/dia) – devido à elevada excreção de cálcio, podendo resultar em cálculos renais posteriormente.

Atenção ao risco de nefrolitíase:

- O suplemento de cálcio deve ser tomado com as refeições para evitar o aumento do risco de nefrolitíase por oxalato de cálcio.
- Pacientes com propensão a formação de cálculos devem consumir frutas e vegetais ricos em cálcio e potássio.
- A suplementação de cálcio administrada entre as refeições pode aumentar a excreção urinária de cálcio e aumentar o risco da litíase.
- Alguns medicamentos, como diuréticos, outros suplementos de cálcio, medicamentos contendo carbonato de cálcio ou vitamina D em excesso, e alguns antibióticos, também podem aumentar o risco de litíase.



Devido a possíveis interações medicamentosas e alimentares bem como os efeitos adversos, fica a critério do prescritor a avaliação dessa suplementação.

ATENÇÃO:

A suplementação do cálcio **não exclui a atenção quanto ao uso de ASS 100mg** para prevenção de pré-eclâmpsia nas gestantes com risco clínico e/ou obstétrico. Dessa forma, todas as gestantes, de acordo com o quadro abaixo, que tenham:

- 1 Fator de Risco Alto
ou
- 2 Fatores de Risco Moderados

Devem receber profilaxia para Pré-eclâmpsia:

AAS em baixa dose = AAS 100mg

Cálcio = 500 mg de Carbonato de Cálcio, 2 -3x/dia

(ACOG, 2019)

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
Moderado	Nuliparidade
	Obesidade (IMC > 30)
	História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs)
	Baixo nível socioeconômico e/ou etnia afrodescendente
	Idade ≥ 35 anos
	História pessoal de baixo peso ao nascer
	Gravidez prévia com desfecho adverso
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
Baixo	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências



Prefeitura
de Jundiá

Referências bibliográficas:

- https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/119627/WHO_RHR_14.17_por.pdf;jsessionid=119627
- <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZn4ZdeZ2024.pdf>
- <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-profilaxia-da-pre-eclampsia-no-pre-natal/>
- <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-depropros-saps-ms/>
- <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-depropros-saps-ms.pdf>
- <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/acog-practice-bulletin-no-202-gestational-hypertension-and-preeclampsia/>

11. Referência bibliográfica

- 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 Exames de Rotina do Pré-Natal**. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>>.
- Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Systema Rev. 2015 14 de Julho; (7): CD007058. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=26171896\[uid\]%20AND%20CD007058\[pg\]&](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=26171896[uid]%20AND%20CD007058[pg]&) [último acesso 21 de fev de 2017]
- Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). Cochrane Database Systema Rev. 2015 29 de Junho; (6): CD001451. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=26121659\[uid\]%20AND%20CD001451\[pg\]&](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=26121659[uid]%20AND%20CD001451[pg]&) [último acesso dia 21 de fev de 2017]
- Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. Qual a quantidade mínima e máxima de ecografias obstétricas durante a gestação? Há relação entre o número de ultrassonografias e prematuridade, malformações ou déficits cognitivos nas crianças? Segunda Opinião Formativa. 2013. ID: sof-5398. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/qual-e-a-quantidade-minima-e-maxima-de-ecografias-obstetricas-recomendadas-durante-a-gestacao-ha-alguma-evidencia-do-aumento-no-numero-de-ultrassonografias-realizadas-pelas-gestantes-ha-relacao-com/> [última visualização em 02 de fev de 2017]
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 692 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf ISBN 978-65-5993-312-9 1. Gestação 2. Gestação de Alto Risco 3. Complicações na Gravidez I. Título.