



PREFEITURA DE
**SÃO SEBASTIÃO
DO PARAÍSO/MG**
"EM TI REVIVE NOSSA ESPERANÇA"
- ADM 2025/2028 -

Secretaria Municipal
de Saúde

PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Elaboração e Revisão:

Dra. Vanessa Helena De Lima Pádua

Médica de Unidade de Saúde da Família
Responsável Técnica equipe médica das e-SF's

Marina Barbosa Dias

Gerente de Atenção Primária em Saúde

Valquiria Aparecida Calzavara Alves

Gabriela Couto Rosa de Souza Zague

Mariana Rodrigues Esterci

Nayara Marques Couto Vila

Enfermeiras Apoiadoras da Coordenação de APS

Dr. Maik Lucarini Bueno

Médico da Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria

Validação e Aprovação:

Renato Alves França

Diretor de Saúde

Adriano Lopes de Siqueira

Secretário Municipal de Saúde

Agradecimento:

À Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso nas pessoas de:

Dr. Clécio Alberto Pimenta (Ginecologista e Obstetra) e Dr. Lucas Eduardo Albiéri (Cardiopediatra)



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e as intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de riscos fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil, porém, evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

Definição:

- Gestação de risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do RN tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considera” (Caldeyro-Barcia, 1973).
- Fatores de risco gestacional são características, situações ou patologias que levam a uma maior possibilidade de complicações e, como consequência, um maior risco de a mulher e/ou o feto evoluírem para óbito.

Orientações básicas:

- Apesar de inúmeras tentativas, não há ainda um protocolo de risco que seja capaz de prever problemas de forma segura e acurada;
- Diferentes fatores de risco já estão descritos e devem servir como orientadores para as equipes no sentido de monitoramento da gestante, de modo a permitir a identificação precoce de um agravo e a consequente intervenção;
- É indispensável a avaliação dinâmica dos fatores de risco e da ocorrência de agravos. A classificação de risco deve, portanto, ser revista a cada consulta;



- A atuação da equipe multiprofissional de forma integrada e coesa é fundamental para a detecção dos fatores de risco e dos possíveis agravos;
- A presença de um ou mais fatores de risco não significa obrigatoriamente a necessidade de utilização de tecnologia mais complexa e, conseqüentemente, o encaminhamento para uma unidade de atenção especializada, podendo a gestante permanecer na atenção básica sempre que devidamente monitorada;
- Intervenções familiares ou ações educativas podem ter um impacto positivo bastante significativo no atendimento de gestantes de risco;
- As equipes das unidades básicas devem estar preparadas para receber gestantes de risco e prestar um primeiro atendimento, antes do encaminhamento para unidades de referência;
- Mesmo encaminhada para outra unidade para acompanhamento clínico, a unidade básica não deve perder seu vínculo com a gestante, o que será garantido por ações de vigilância, instrumentos de referência-contrarreferência e programas educativos pelos quais a gestante permaneça em contato com a unidade de origem;
- A gestante deve ser orientada quanto à unidade de referência que deverá recorrer em caso de intercorrência ou de início do trabalho de parto;
- A atenção da gestante que apresente alguma das condições descritas no quadro a seguir, deve ser orientada por linhas de cuidado específicas.

O QUADRO 1 apresenta os estratos de risco e os critérios utilizados. É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco. É diferente da identificação e classificação de risco de situações de urgência, como a pré-eclâmpsia ou a própria urgência do trabalho de parto.

Quadro 1

Nível	Condição Clínica
Risco Habitual	Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis: <ul style="list-style-type: none">• Idade entre 16 e 34 anos;• Gravidez planejada ou desejada. História reprodutiva anterior: <ul style="list-style-type: none">• Intervalo interpartal maior que um ano para Parto Normal;• Intervalo interpartal maior que dois anos para Parto Cesáreo. Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.
	<ul style="list-style-type: none">• Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;• Situação conjugal insegura;• Baixa escolaridade (< 5 anos), analfabetismo funcional;



<p>Risco Médio (Tratado na USF)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tabagista;• Altura menor que 1,45m;• IMC < 19 ou > 30;• Nuliparidade e multiparidade;• Intervalo interpartal menor que um ano para parto normal e menor que dois anos para parto cesáreo;• Infecção urinária sem ser recorrente;				
<p>Alto Risco</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sífilis primária tratar e encaminhar;• COVID e/ou Dengue durante a gestação;• Idade menor que 16 e maior que 34 anos;• Uso de drogas;• Desnutrição fetal ou malformação;• Gemelares;• TVP anterior;• Trombocitopenia• Anemia grave <table border="0"><tr><td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td><td>8 – 11 sem melhora</td></tr><tr><td>após 1 mês de tratamento</td></tr><tr><td>menor que 10 se fez cirurgia bariátrica</td></tr></table> <p>Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Vulnerabilidade social, violência doméstica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dependência química de drogas;• Mãe Rh (-); <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none">• Morte perinatal explicada e inexplicada;• Abortamento habitual (2 ou mais);• Esterilidade/infertilidade;• Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;• Prematuridade;• Cirurgia uterina anterior. <p>Doença obstétrica na gravidez atual controlada:</p> <ul style="list-style-type: none">• Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;• Gestação múltipla;• Ganho ponderal inadequado;• Diabetes gestacional;• Hemorragias da gestação. <p>Intercorrências clínicas (patologias controladas):</p> <ul style="list-style-type: none">• Infecção urinária de repetição (3 ou mais, comprovado com exames);• Episódio de Pielonefrite;• Hipertensão arterial;• Cardiopatias (reumáticas, congênitas hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);• Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC);• Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);• Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);• Hemopatologias;• Epilepsia;• Doenças infecciosas (STORCH+Z: Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Zika vírus e infecção pelo HIV)• Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatóide, etc)• Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorne);• Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;• Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.	{	8 – 11 sem melhora	após 1 mês de tratamento	menor que 10 se fez cirurgia bariátrica
{	8 – 11 sem melhora				
	após 1 mês de tratamento				
	menor que 10 se fez cirurgia bariátrica				



	Fatores de risco gestacional: <ul style="list-style-type: none">• Ganho ponderal inadequado;• Doença obstétrica na gravidez atual – não controlada;• Intercorrências clínicas – patologias não controladas;• Malformações fetais;• Isoimunização;• Hidropsia fetal;• Trabalho de Parto Prematuro (TPP);• Amniorrexe Prematura (RPM).
--	--

Quanto à prevalência, estima-se que 85% das gestantes sejam de risco habitual e de médio risco; 11,2%, de alto risco; e 3,8%, de muito alto risco (incluindo 0,7% de malformação).

Mapeamento do cuidado no pré-natal

O Quadro 2 sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.

Quadro 2

Item	Especificação	Gestante			
		Risco habitual	Médio Risco	Alto Risco	Muito alto risco
<i>Identificação e cadastro</i>	<ul style="list-style-type: none">• UBS	<ul style="list-style-type: none">• Situação ideal: imediatamente após a confirmação da gestação.• Situação mínima: no primeiro trimestre de gestação (menos de 12 semanas de gestação).			
<i>Primeira consulta (enfermeiro)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação clínico obstétrica• Cálculo inicial da DPP pela DUM• Estratificação do risco gestacional• Avaliação do calendário vacinal• Solicitação de exames complementares, segundo ato normativo• Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante• Realização dos testes rápidos• Fornecimento de Ácido Fólico/Metilfolato e Sulfato Ferroso• Vinculação à maternidade• Agendamento do retorno	<ul style="list-style-type: none">• Prazo máximo: 24 horas após o cadastro.			



<p><i>Segunda consulta (médico)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação clínico obstétrica• Confirmação da idade gestacional• Análise dos resultados de exames complementares• Estratificação do risco gestacional• Avaliação do calendário vacinal• Definição do Plano de Cuidado• Preenchimento do Cartão de Gestante• Agendamento do retorno	<ul style="list-style-type: none">• Prazo máximo: 15 dias após a primeira consulta;• Idade Gestacional – DUM e USTV – a DUM é aceita se a diferença for menor que 5 dias; se maior, considerar o US;• Suplementação de cálcio.	
<p><i>Consulta Odontológica</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação clínica odontológica e plano terapêutico (S/N)	<ul style="list-style-type: none">• Prazo máximo: 1 mês após a primeira consulta.	
<p><i>Consultas subsequentes do pré-natal para:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação clínico obstétrica• Confirmação da idade gestacional• Estratificação do risco gestacional• Preenchimento do Cartão de Gestante• Reavaliação do Plano de Cuidado• Agendamento do retorno	<ul style="list-style-type: none">• Na Unidade de Saúde da Família	<p>RISCOS HABITUAL E MÉDIO</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas mensais até 28 semanas, quinzenais de 29 a 36 semanas e semanal a partir de 37 semanas (médicas e de enfermagem agendadas) <p>Obs: a partir de 37 semanas, encaminhar para acompanhamento na Maternidade.</p>	<p>RISCOS ALTO E MUITO ALTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Mínimo de uma consulta a cada 4 semanas até 28 semanas para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 36 semanas, e semanal até o nascimento para monitoramento e avaliação do trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)
<p><i>Exames Laboratoriais</i></p>	<p>1º TRIMESTRE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemograma• Grupo sanguíneo• Fator Rh• Coombs indireto• VDRL• Glicemia jejum• Urina rotina• Urocultura com antibiograma• Anti-HIV• Toxoplasmose IgM e IgG• Hepatite B• TSH (a critério do médico)• Colpocitologia oncótica• HTLV• Eletroforese de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none">• Solicitados pela equipe da UBS na primeira consulta de pré-natal, de acordo com o protocolo.• Coombs indireto: realizar para todas as gestantes Rh (-); os exames deverão ser repetidos mensalmente a partir da segunda gestação - PNAR (Santa Casa)	



	(a critério do médico)	
	2º TRIMESTRE: <ul style="list-style-type: none">• Hemograma• VDRL• Glicemia jejum• Teste de Tolerância à Glicose (1h e 2h após 75g de dextrosol)• Urina rotina• Urocultura• Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível	<ul style="list-style-type: none">• Solicitados pela equipe da UBS ou Santa Casa
	3º TRIMESTRE: <ul style="list-style-type: none">• Hemograma• VDRL• Anti-HIV• Urina rotina• Urocultura• Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível• Pesquisa de <i>Streptococcus B</i>, segundo o protocolo	<ul style="list-style-type: none">• Solicitados pela equipe da UBS ou Santa Casa
<i>Outros exames</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ultrassom obstétrico	Solicitados pela equipe da UBS: <ul style="list-style-type: none">• Situação ideal: USTN entre 11 e 13 semanas para datação e entre 20 a 24 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal.• Situação mínima: US entre 20 e 24 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal.
	<ul style="list-style-type: none">• Ultrassom obstétrico com Doppler• Cardiotocografante-parto• ECG• Ecocardiogramas materno e fetal, de acordo com os critérios do Anexo 1	<ul style="list-style-type: none">• De acordo com a avaliação clínica PNAR
<i>Medicamentos profiláticos</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ácido Fólico / Metilfolato• Sulfato Ferroso• Cálcio	<ul style="list-style-type: none">• Ácido Fólico / Metilfolato de início pré-concepcional até a 14ª semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal.• Ácido Fólico / Metilfolato para prevenção de anemia materna até o final da gestação.• Sulfato Ferroso profilático: a partir da 20ª semana até o terceiro mês pós-parto ou em casos de perdas gestacionais.• Sulfato Ferroso terapêutico nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação.• Carbonato de cálcio com início na 12ª semana de gestação até o parto.



<i>Imunização</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dupla tipo adulto (antitetânica + antidifteria)	<p>Gestante não vacinada de receber três doses, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1ª dose: até o 4º mês da gestação;• 2ª dose: até o 6º mês da gestação;• 3ª dose: até o 8º mês da gestação ou na consulta puerperal.• Gestante vacinada há mais de 5 anos deve receber dose de reforço, preferencialmente até o 4º mês da gestação.• Gestante vacinada há menos de 5 anos não precisa ser vacinada durante a gestação
	<ul style="list-style-type: none">• Anti-hepatite B	<p>Gestante não vacinada ou com status vacinal desconhecido e HBS Ag negativo, deve receber três doses, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1ª dose: até o 4º mês da gestação;• 2ª dose: 30 dias após a primeira dose;• 3ª dose: 6 meses após a primeira dose.• Gestante vacinada (confirmado com cartão) ou Anti-Hbs positivo não precisa ser vacinada durante a gestação.
	<ul style="list-style-type: none">• Anti-influenza	<ul style="list-style-type: none">• Gestante deve vacinar o mais cedo possível
<i>Atividade educativa</i>	<p>Realizar grupos operativos de gestantes: tabagismo, alcoolismo e outras drogas; gravidez na adolescência; cuidados na gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com o recém-nascido; aleitamento materno.</p>	<ul style="list-style-type: none">• No mínimo três grupos operativos em cada grupo de risco.
<i>Visita domiciliar</i>	<p>ACS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alimentar a ficha de gestante e manter atualizada.	<ul style="list-style-type: none">• Realizar visita mensal para cada gestante, independentemente do grupo de risco (monitorar).



Quadro 1 – Diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Diagnóstico	Critérios
Pré-eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none">• hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação e mais UM dos seguintes critérios:<ul style="list-style-type: none">○ proteinúria (≥ 300 mg em amostra de urina de 24 horas ou proporção de proteína/creatinina $\geq 0,3$ mg/dL em uma amostra de urina ou fita reagente $\geq 2+$); ou○ contagem de plaquetas <100.000 céls/mm³; ou○ creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou aumento em duas vezes no seu valor basal na ausência de outra doença renal; ou○ aumento das transaminases hepáticas (duas vezes o limite superior de normalidade); ou○ edema pulmonar; ou○ cefaleia persistente e de início recente (excluindo outros diagnósticos e não responsiva a analgesia usual); ou○ sintomas visuais (visão turva, luzes piscando ou faíscas, escotomas); ou○ dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.
Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta	<ul style="list-style-type: none">• história de hipertensão antes da gravidez ou com início anterior às 20 semanas de gestação associado à pré-eclâmpsia. Deve-se suspeitar se:<ul style="list-style-type: none">○ súbita exacerbação de hipertensão, ou piora ou surgimento de proteinúria¹; ou○ trombocitopenia de início recente (< 100.000 plaquetas/mm³); ou○ aumento repentino de enzimas hepáticas a níveis anormais; ou○ início de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia; ou○ níveis elevados de ácido úrico.
Pré-eclâmpsia grave	<ul style="list-style-type: none">• diagnóstico de pré-eclâmpsia (isolada ou sobreposta à hipertensão crônica) e:<ul style="list-style-type: none">○ estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada; ou○ síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia; ou○ sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas), hiper-reflexia, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito); ou○ eclâmpsia: quadro de convulsões tônico-clônicas, focais ou multifocais, ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou que não podem ser atribuídas a outras causas; ou○ edema agudo de pulmão; ou○ dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar; ou○ insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

¹Os valores deste aumento não estão claramente definidos. Deve-se suspeitar de pré-eclâmpsia sobreposta naquelas gestantes com qualquer aumento brusco dos níveis pressóricos ou com proteinúria acima do limite superior de normalidade ou clara mudança da linha de base.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2020), DynaMed (2022) e Melvin e Funai (2022).



Quadro 2 – Definições de hiperglicemia na gestação.

<p>Diabetes Mellitus (DM) na gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional; ou• diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros¹:<ul style="list-style-type: none">○ glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;○ glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL;○ hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%;○ glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso).
<p>Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):</p> <p>Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios para diagnóstico de DM.</p> <ul style="list-style-type: none">• Critérios diagnóstico para DMG, conforme os seguintes parâmetros*:<ul style="list-style-type: none">○ glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL*; ou○ glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados:<ul style="list-style-type: none">- glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; e/ou- glicemia após 1 hora ≥ 180 mg/dL; e/ou- glicemia após 2 horas ≥ 153 mg/dL e ≤ 199 mg/dL.

¹Confirmar com a paciente se foi realizado jejum adequado de 8h (incluindo líquidos, chá, balas, etc).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de SBD, OPAS e OMS (2017).

Quadro 4 – Possíveis perfis hemoglobínicos encontrados em teste de eletroforese de hemoglobina.

Eletroforese de hemoglobina - alterações		
Hb A	Perfil de normalidade = 96 a 98 %	
HB A₂	Perfil de normalidade = 2,5 a 3,5%	
	3,5 a 7%	Talassemia beta menor/traço talassêmico beta
Hb S	30 a 45%	Traço falciforme (heterozigoto)
	75 a 95%	Anemia falciforme (homozigoto)
	60 a 85%	Hb S/Talassemia beta mais (β^+)
	70 a 90%	Hb S/Talassemia beta zero (β^0)
Hb F	Perfil de normalidade = 0 a 1,0%	
	15 a 30%	Persistência hereditária de Hb fetal
	10 a 50%, podendo chegar a 100%	Talassemia beta intermediária
	60 a 98%	Talassemia beta maior
Hb C	30 a 40%	Traço HbC
	95%	Hemoglobinopatia C
Hb C + Hb S	45 a 50% + 50 a 55% (respectivamente)	Hemoglobinopatia SC
Hb H	5 a 30% na vida adulta	Doença da Hemoglobina H (talassemia alfa)
	5 a 10%	Traço talassêmico alfa

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Provan *et. al* (2015).



Quadro 23 – Percentil 95 para translucência nugal (TN) conforme comprimento cabeça-nádega (CCN).

Comprimento cabeça nádega - CCN (mm)	Translucência nugal - TN (mm) Percentil 95
45 a 52	2,10
53 a 57	2,20
58 a 62	2,30
63 a 65	2,40
66 a 74	2,50
75 a 83	2,60
84	2,70

Fonte: Fonseca e Sá. Medicina Fetal (2018).

Quadro 17 – Critérios para definição de caso de sífilis gestacional.

- Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente um teste reagente (treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação).
- Mulher assintomática, que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente um teste reagente (treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação) e sem registro de tratamento prévio.
- Mulher que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente, independente de sintomatologia e de tratamento prévio¹.

¹Se houver histórico de tratamento adequado e resposta imunológica adequada, pode representar cicatriz sorológica. Os casos de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Nota informativa n° 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS.

Quadro 18 – Conduta sugerida em caso de alergia à penicilina em gestantes diagnosticadas com sífilis.

Tipo de reação	Conduta sugerida
Gestantes com história de reação leve a moderada. Ex: dor e reação local, rash maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaleia, história de evento suspeito há mais de 10 anos, história familiar, entre outras manifestações isoladas.	Realizar o tratamento com penicilina.
Gestantes com história comprovada de alergia grave. Ex: reação anafilática prévia ou lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson após uso de penicilina.	Encaminhar para realizar tratamento hospitalar .
Perguntas orientadas para obter informações mais específicas sobre o passado de alergia à penicilina: 1) Você se lembra dos detalhes da reação? 2) Há quantos anos a reação ocorreu? 3) Como foi o tratamento? 4) Qual foi o resultado? 5) Por que você recebeu penicilina? 6) Você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento? 7) Quais foram esses medicamentos (lembrar que medicamentos como a ampicilina, a amoxicilina e as cefalosporinas são exemplos de drogas derivadas da penicilina)? 8) Você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento que você acha que foi alergia à penicilina?	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).



Quadro 20 – Alterações ecográficas fetais sugestivas de sífilis congênita.

Deve-se suspeitar de sífilis congênita se houver achados característicos na ecografia fetal em gestante com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada. As alterações podem ser detectadas a partir de 20 semanas, mas são inespecíficas e incluem:

- hepatomegalia;
- placentomegalia;
- anemia, com base na velocidade sistólica de pico da artéria cerebral média do Doppler > 1,5 múltiplos da mediana;
- polidrâmnio;
- ascite ou hidropisia.

Apesar de hepatomegalia e placentomegalia serem achados iniciais, e a anemia, ascite e hidropisia ocorrerem posteriormente no curso da infecção, não é possível excluir ou confirmar sífilis congênita com base no resultado da ecografia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Norwitz e Hicks (2022).



A urgência na gestação

As ocorrências de morte materna, fetal e infantil estão, em grande parte, relacionadas a complicações das morbidades preexistentes ou identificadas durante a gestação. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e pronta para identificar precocemente os sinais e sintomas dessas complicações, e estabelecer a conduta adequada, o que inclui a valorização das queixas apresentadas pela gestante, mesmo que aparentemente não tenham repercussão clínica, e a vigilância redobrada para as mulheres com maior vulnerabilidade e menor capacidade de percepção da própria situação de saúde.

As principais intercorrências são listadas no Quadro 2.

Podem ocorrer também outras situações agudas não relacionadas diretamente à gestação e que devem, da mesma maneira, ser prontamente identificadas e assistidas.

Quadro 2. Urgência e emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo)
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável
- PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastralgia, dor no hipocôndrio direito e confusão mental
- Eclâmpsia
- Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis
- Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar
- Anidrâmnio
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Ruptura prematura de membranas
- Hipertonia uterina
- Gestação a partir de 41 semanas confirmadas
- Hemoglobina menor que 6g/dL ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão
- Dor abdominal intensa/abdome agudo em gestante
- Suspeita de TVP
- Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Vitalidade fetal alterada (perfil biofísico fetal ≤ 6 ; diástole zero em umbilical, cardiotocografia não tranquilizadora, ausência ou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal)
- Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional
- Outras urgências clínicas
- Isoimunização Rh
- Trabalho de parto pré-termo

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; TVP: trombose venosa profunda.



Quadro 13 – Sorologia para toxoplasmose na gestação: interpretação e conduta.

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

¹Caso haja exames prévios e/ou não for a primeira gestação, considerar resultados anteriores na decisão.

²Se IgM indeterminado, repetir sorologias em 3 semanas pelo método ELFA (preferencialmente) ou ELISA.

³ (< 16 semanas): Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina® comprimido revestido com 1,5 MUI, que corresponde a 500 mg de espiramicina). Trocar para esquema triplice a partir de 16 semanas. Retorno para a monoterapia será orientado conforme avaliação em serviço de Pré-Natal de Alto Risco.

(≥ 16 semanas): Esquema triplice: Pirimetamina 25 mg, 2cp, 1x/dia; Sulfadiazina 500 mg, 2 cp de 8/8h ou 3 cp de 12/12h; Ácido Folinico 15 mg 1x/dia. Atenção: ácido fólico não deve substituir o ácido folínico, que deverá ser usado até 1 semana após a suspensão da pirimetamina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).



Quadro 9 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV.

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa.

Anti-HBs: indica imunidade ao HBV.

Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida).

- Infecção ativa: associado a HBsAg +.

- Imunidade: associado a Anti-HBs +.

- Se achado isolado: provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção.

Período de janela pós-infecção aguda, falso-positivo e raramente hepatite B oculta são diagnósticos diferenciais. Em caso de dúvida no diagnóstico ou conduta em pacientes com anti-HBc reagente isoladamente, entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543.

Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Excepcionalmente, reativação de hepatite B crônica pode apresentar esse anticorpo.

HBeAg: indica replicação viral ativa; não auxilia no diagnóstico da infecção, mas sim da fase de uma infecção já confirmada. Na obstetria, é útil para determinar a necessidade ou não de profilaxia antiviral na gestação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 6 – Valores de referência do TSH na gestação (na ausência de valores normais estabelecidos pelo laboratório).

- 1º trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L;
- 2º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L;
- 3º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Alexander *et al* (2017) e Ross (2021).



Quadro 8 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos).

Trombose vascular:

- um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial.

Morbidade obstétrica:

- uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais a partir da 10ª semana de gestação;
- um ou mais nascimentos prematuros de neonatos morfológicamente normais antes da 34ª semana de gestação, ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave;
- três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Lockwood e Lockshin (2022).

Quadro 21 – Anomalias congênitas maiores e menores.

Anomalias maiores: anomalias estruturais, com consequências médicas e sociais, sendo mais comuns em fetos abortados do que em nativos (1%).

- Anencefalia.
- Holoprosencefalia.
- Meningocele com ou sem hidrocefalia.
- Fendas palatinas (com ou sem lábio leporino).
- Hérnia diafragmática.
- Cardiopatia congênita.
- Agenesia renal unilateral.
- Estenose de piloro.
- Malformação de membros superiores ou inferiores.

Anomalias menores: anomalia estrutural relativamente frequente, sem consequências médicas e sociais. A incidência é de cerca de 15% nos nascidos vivos.

- Crânio: Forames parietais, bossa frontal ou parietal, proeminência da fronte, fronte alta ou curta, fronte inclinada.
- Região periocular: ptose palpebral, entropião, estenose ou atresia do ducto lacrimal.
- Olhos: pequenos colobomas de íris, heterocromia iridum, manchas de Brushfield, pterígio.
- Nariz: columela curta, nariz bulboso, hipoplasia das asas do nariz, ponte nasal ampla.
- Cavidade oral: palato gótico, fossetas palatinas, torus palatinus, hipodontia, hipoplasia ou ausência dos incisivos maxilares laterais, dentes palatinos supranumerários, dentes em pá, dentes incisivos entalhados, dentes de Hutchinson, Molares de Mulberry, dente incisivo bigeminado.
- Pescoço: arcos branquiais remanescentes.
- Abdome: Hérnia ventral, artéria umbilical única, posição umbilical não usual.
- Mãos: clinodactilia, dedos cônicos, dedo acessório, quarto metacarpal curto, sindactilia cutânea.
- Pés: hálux distal largo, quarto metatarsal curto, dedos em martelo, sindactilia de artelhos.
- Genitália feminina: adesões entre os pequenos lábios, clitoromegalia.
- Genitália masculina: hidrocele, hipospádia, criptorquídia.
- Ânus e períneo: apêndices anais, estenose anal, imperfuração anal.
- Pele: nevos benignos pigmentados, manchas mongólicas, manchas café com leite.
- Nevos benignos hamartomatosos: nevos epidérmicos, angiofibromas.
- Nevos vasculares: manchas róseas, manchas vinho do porto, telangiectasias, hemangiomas capilares, hemangiomas cavernosos.
- Pele e anexos: implantação baixa de cabelos na nuca, placas de alopecia congênita, mamas extranumerárias, apêndices cutâneos, unhas hiperconvexas.
- Outras anomalias: mamilos supranumerários, fossetas cutâneas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Vieira e Giugliani (2013) e Sucupira (2010).



3 - Calendário vacinal na gestação e puerpério

Planejamento da Gravidez	Dupla adulto Hepatite B (vacina recombinante) para menores de 20 anos não vacinadas anteriormente; vacina com vírus vivo atenuado (tríplice viral), realizada preferencialmente até 30 dias antes da gestação	
Período gestacional	Influenza Pandêmica: indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional	
	Febre Amarela: contra-indicada, salvo em situações de alto risco de exposição	
	Tétano: orientar a conduta de acordo com a situação vacinal da gestante:	
	Situação 1: Sem nenhuma dose registrada	A primeira dose pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda dose, com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. A 3ª dose poderá ser aplicada após o nascimento, 6 meses após a segunda dose
	Situação 2: Menos de três doses	Completar as doses faltantes com intervalo de 2 meses (no mínimo 4 semanas)
Situação 3: Três doses ou mais	Não é necessário vacinar	
Situação 4: Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos	Uma dose de reforço	
Período puerperal	Vacina dupla tipo adulto: quando necessário Tríplice viral: quando necessário Tétano: Complementação do esquema vacinal, quando incompleto na gravidez	



11 - Calendário de consultas na gestação e no puerpério

Normas e recomendações

O calendário de consultas deve seguir as recomendações que seguem, valorizando a realização de pelo menos seis consultas, com início mais precoce possível e distribuídas ao longo da gravidez:

- Considerando o risco perinatal e o maior número de intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no terceiro trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de gestação, com encaminhamento para a maternidade de referência para a interrupção da gravidez caso o trabalho de parto não se inicie até a 41ª semana;
- Para gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequado a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;
- A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;
- Retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina;
- **As consultas, desde que sejam de rotina e em gestantes de baixo risco, podem ser realizadas alternadamente pelo médico e pelo enfermeiro, de acordo com a Lei de Exercício de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87;**
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços, devendo para isso ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas;
- Recomenda-se visita domiciliar para todas as gestantes faltosas;
- A visita domiciliar para a puérpera é mandatória e deverá ser realizada entre 7 a 10 dias (3 dias quando se tratar de RN de risco), devendo a gestante retornar ao serviço de saúde entre 7 a 10 dias;
- A consulta subsequente deverá ser agendada entre 42 a 60 dias, para as mães que estão amamentando, e entre 30 a 42 dias para as que não estão amamentando.



2 - Lista de medicamentos para a atenção prenatal

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENOME	POSOLOGIA	RISCO*
1 Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional injetável trimestral	150 mg/mL	1 ampola, 1x/trimestre, IM	D
2 Aciclovir	Herpes simples	Comp. 200 mg	200-400 mg, 5x/dia, VO (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência);	C
3 Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide	Comp. 100 mg Comp. 500 mg	500 mg, 1-4x/dia, antipirético e analgésico; 100 mg, 1x/dia, profilaxia de pré-eclâmpsia	C/D
4 Ácido fólico	Anemia, prevenção defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Comp. 5 mg	5 mg, dose única diária, VO (anemia: até cura e durante o puerpério, prevenção de defeitos do tubo neural do período pré-concepcional até 2 semanas de gravidez)	A
5 Ácido fólico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg	1 comprimido, VO, 1x/dia, durante 3 semanas seguidas de pausa de 3 semanas (da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação)	B
6 Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 mg	750 mg, 2,0 g/dia, VO (na pré-concepção, na gestação e puerpério)	B
7 Aminofilina	Asma + apneia do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/mL	200-400 mg, 3-4x/dia, VO; 240-480mg, 1-2x/dia, EV (duração de uso segundo critério médico)	C
8 Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Pó susp. oral 50 mg/mL	500 mg, 8-8h/dia, VO (de 7 a 10 dias)	B
9 Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg	500 mg, 6-6h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias)	A
10 Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp. 500 mg	500 mg, dose única diária, com 3 dias, ou 1,5-2,0 g em dose única, VO	C
11 Betametasona	Aceleração da maturidade pulmonar fetal	Sol. inj. 12 mg	1 ampola, IM 24-24h (por 2 dias)	D/B
12 Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg	4,5 mg/semana, VO	D
13 Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/mL	200-400 mg, dose única diária, VO	D
14 Cefalosporina 1ª geração (Cefalexina)	Infecção urinária, bacteriúria	Cáp. 500 mg Susp. oral 50 mg/mL	500 mg, 4x/dia, VO (por 7 dias)	B
15 Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxona)	Antibioticoterapia, infecção urinária, septicemia	Pó para sol. inj. 500 mg Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 250 mg	Ceftriaxona: 2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)	B

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENOME	POSOLOGIA	RISCO*
16 Clindamicina	Vaginose bacteriana, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, corioamnionite	Cáp. 150 mg Cáp. 75 mg Sol. inj. 150 mg/mL	300-600 mg, 6-8h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias); creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)	B
17 Cromoglicatos	Asma	Aerossol 500 mcg/dL	Solução 2%, 2 aplicações, até 6x/dia, uso nasal	B
18 Diazepan	Hemorragia intracraniana, depressão, outros	Comp. 2 mg Comp. 5 mg Sol. inj. 5 mg/mL	2-10 mg, 2-4x/dia, VO	D
19 Dimeticona	Gases	Comp. 40 mg Comp. 120 mg	40-80 mg, 4x/dia, VO	B
20 Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol. oral 500 mg/mL Sol. inj. 500 mg/mL	500 mg, 1-4x/dia, VO	B
21 Eritromicina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Comp. rev. 500 mg Susp. oral 25 mg/mL	250-500 mg, 6-6h, VO (de 7 a 10 dias)	D/B
22 Espiramicina	Infecção fetal por toxoplasmose	Comp. rev. 500 mg	3,0 g/dia, VO (até o termo da gravidez)	B
23 Fenitoína	Epilepsia	Comp. 100 mg	100 mg, VO, 3x/dia	D
24 Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg Gts. oral 40 mg/mL Sol. inj. 100 mg/mL	100-200 mg, dose única diária, VO	D
25 Furosemida	Diurético + broncodisplasia RN + edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. inj. 10 mg/mL; Comp. 25 mg	20-80 mg, dose única diária, VO, IM ou EV	D
26 Gentamicina	Abortamento infectado, infecções RN, septicemia, corioamnionite, infecção puerperal	Sol. inj. 10 mg/mL e 40 mg/mL; Sol. inj. 50 mg/mL e 250 mg/mL	240 mL/dia, EV ou IM (de 7 a 10 dias)	D
27 Gluconato de cálcio a 10%	Antídoto do sulfato de magnésio, em casos de parada respiratória, hipocalcemia RN	Sol. inj. 0,45 mEq por mL (10%)	1 ampola, dose única, bolus, EV (a critério médico)	B
28 Hidralazina	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20 mg/mL	1 ampola diluída em água destilada - 20 mL, administrar 5 mL da solução, EV, repetir a critério médico	C



2 - Lista de medicamentos para a atenção prenatal

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENOME	POSOLOGIA	RISCO*
29 Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg	0,5-1 g, dose única diária, IM ou EV, duração a critério médico	D/C
30 Hidróxido de alumínio	Azia	Comp. mastigável 200 mg + 200 mg Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/mL	300-600 mg, 4-6x/dia, VO	C
31 Hioscina/butilscopolamina	Cólicas	Comp. 10 mg	10-20 mg, 3-5x/dia, VO, EV ou IM	B
32 Imunoglobulina humana anti-D	Profilaxia de aloimunização materno-fetal	Sol. inj. 300 mg	1 ampola na 28ª semana, IM e até 72h pós-parto, IM, se grávida Rh negativo e genitor Rh positivo	B
33 Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. inj. 200 UI/mL	1 ampola/dia, IM, nas demais indicações de profilaxia de aloimunização 0,06 mL/kg, IM	C
34 Insulina humana NPH e Regular	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/mL	NPH: 0,5 UI/kg/dia; Regular: 0,4 UI/kg/dia (adaptar segundo critério do médico)	B
35 Lamivudina	Profilaxia infecção HIV	Comp. 150 mg Sol. oral 10 mg/mL	150 mg, 2x/dia, VO	C
36 Mebendazol	Helminíase	Comp. 150 mg Susp. oral 20 mg/mL	20 mg/dia, VO (por 3 dias)	C
37 Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/mL Sol. inj. 5 mg/mL	10 mg, 3x/dia, VO, IM, EV ou via retal	B
38 Metronidazol cp	Vaginites, infecção puerperal, septicemia, abortamento infectado	Comp. 250 mg	2 g, dose única, VO	B
39 Metronidazol creme vag.	Corrimentos, colpíte, abortamento infectado	Crema vag. 5% 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	B
40 Nelfinavir	Profilaxia infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. oral 50 mg	750 mg, 8-8h, VO	B
41 Nifedipina	Hipertensão arterial	Comp. 20 mg	10-80 mg/dia, VO, segundo critério médico	C
42 Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpíte	Crema vag. 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	B
43 Nitrofurantoina	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5 mg/mL	100 mg, 6-6h, VO (por 10 dias)	B/D
44 Paracetamol	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/mL	500 mg, 1-4x/dia, VO	B/D
45 Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol. inj. 600.000 UI e 1.200.000 UI	Até 2,4 milhões UI, IM, com intervalo de 1 semana	B

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENOME	POSOLOGIA	RISCO*
46 Pirimetamina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 25 mg	25 mg, 8/8h, VO (por 3 dias), seguidos de 25 mg, 12/12h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	C
47 Prednisona	Lúpus eritematoso sistêmico, asma	Comp. 5 mg Comp. 20 mg	2,5-15 mg, 2-4x/dia, VO	D/C
48 Propranolol	Hipertensão arterial, crise tireotóxica, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg	20-80 mg/dia, VO	C/D
49 Rifampicina	Hanseníase, tuberculose	Cáp. 300 mg	600 mg, dose única diária, VO	C
50 Salbutamol	Trabalho parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/mL Aerossol 100 µg por dose Sol. inj. 500 µg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5 mg/mL	2-4 mg, 3-4x/dia, VO; broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerossol: 100-200 mcg, 4-6h	B
51 Sulfadiazina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 500 mg	500-1.000 mg, 6-6h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	B/D
52 Sulfametoxazol (SMZ) + trimetoprim (TMP)	Quimioprofilaxia para Pneumocistis carinii, antibioticoterapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/mL Susp. oral 40 + 8 mg/mL	800 mg de SMZ + 160 mg de TMP; 12-12h, VO (de 7 a 10 dias) Pneumonia por P. Carinii: 20mg/kg/dia de TMP e 100 mg/kg/dia de SMZ, 6-6h, VO (por 3 semanas)	C/D
53 Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia (convulsão e hipertensão arterial), hipomagnesemia RN	Sol. inj. 500 mg/mL	Esquema Endovenoso Ataque: 4 g, EV, em 10 min Manutenção: 2 g/hora, EV (diluir em SG5%) Esquema Intramuscular Ataque: 4 g, EV, em 10 min + 10 g, IM (metade em cada nádega) Manutenção: 5 g, IM, a cada 4h Se nova convulsão: 2 g, EV, em 5 min	B
54 Sulfato ferroso	Anemia	Comp. revest. 40 mg Sol. oral 25 mg/mL	250 mg, dose única, VO, (a partir da 20ª semana de gravidez até a 6ª semana pós-parto)	C/D
55 Tiabendazol	Estrongiloidíase	Comp. 500 mg Susp. oral 50 mg/mL	50 mg/kg/dia, VO (2 dias seguidos)	C
56 Zidovudina	Terapia antirretroviral	Cáp. 100 mg	200 mg, 8-8h, VO	

[**] A classificação mais adotada para classificar os fármacos quanto aos seus efeitos sobre o feto é a da Food and Drug Administration (Federal Register, 1984, 44: 32434-67), que divide os medicamentos em categorias:

• A - Estudos controlados não mostram riscos;

• B - Sem evidência de riscos em humanos;

• C - O risco não pode ser afastado, só deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico;

• D - Há evidência de riscos, porém os benefícios terapêuticos herdados da administração em grávidas, justificam a utilização;

• X - Contra-indicados na gestação.



6 - Ações educativas: sugestões de conteúdos

- Importância do pré-natal;
- Atividades físicas podem proporcionar benefícios a gestação e parto. Uma boa preparação corporal e emocional ajuda a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro e ácido fólico);
- Ações educativas na área odontológica, como orientações de higiene, fatores responsáveis pela transmissibilidade de doenças, controle de hábitos deletérios, fatores de risco para cáries e doenças periodontais e auto-exame bucal;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/AIDS e aconselhamento para o teste anti-HIV e para a pesquisa da sífilis;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual, considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal e humanizado, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Orientações quanto ao direito do acompanhante em sala de parto;
- Apoio às gestantes que não puderem contar com acompanhante em sala de parto, evitando possíveis frustrações;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e apoio específico para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai, durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Importância do planejamento familiar;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente);
- Relação do binômio mãe-filho; aleitamento materno; cuidados com o RN; importância do retorno pós-parto na unidade básica para a mãe e o RN; prática de mãe expectante e mãe executante durante o período de internação no alojamento conjunto; orientação adequada segundo protocolos nos casos de intercorrências com o RN ou com a mãe; incentivo à prática da técnica de mãe/pai canguru e alojamento conjunto como forma de fortalecer o vínculo e o ganho de peso para os RN de baixo peso (tais ações devem ser realizadas durante o período de internação para o parto);
- Como parte do programa educativo, é imprescindível que a unidade organize visitas ao local do parto, valorizando que a mulher e familiares esclareçam dúvidas e tenham acesso ao seu plano de parto.



12 - Direitos da gestante e da puérpera

A inclusão dos direitos legais da gestante e da puérpera no âmbito das ações educativas tem como principal finalidade transmitir à mulher e/ou ao casal o entendimento de que a responsabilidade pela evolução satisfatória da gravidez e do puerpério não é apenas da família, mas de toda a sociedade. No caso específico da gestante adolescente, deve-se sempre levar em consideração o *Estatuto da Criança e do Adolescente* – Lei nº 8.069/90

Período	Área de direito	Garantias
Gestacional	Social	Atendimento prioritário em caixas especiais, na fila de bancos, supermercados, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial
	Trabalhista	Os direitos trabalhistas das gestantes regulamentam sua relação com o patrão ou com a empresa na qual ela está empregada, garantindo a proteção do emprego. Enquanto estiver grávida, é assegurada à mulher estabilidade no emprego, o que significa que ela não pode ser dispensada do trabalho (art. 391 da CLT - <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i> , aprovada pelo Decreto - Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943). A gestante tem o direito de ser dispensada do horário de trabalho para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. Também tem o direito de mudar de função ou setor no seu trabalho e ser recolocada na mesma função ao término da licença (Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999, incluída na CLT – <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i>)
	Assistencial	A gestante tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro -2007). No momento do trabalho de parto, parto e pós-parto, a gestante tem direito a um acompanhante: companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa (Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005).
	Educacional	O Decreto-Lei nº 1.044, de 21 de outubro 1969, instituiu o chamado "regime de exceção", destinado àqueles alunos merecedores de tratamento excepcional, atribuindo a esses estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da respectiva escola. Por sua vez, a Lei nº 6.202/75 estendeu esse regime às estudantes em fase de gestação, estabelecendo: "Art.1º. A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969."
Pós-parto (até os 6 meses)	Familiar	O companheiro tem direito a licença-paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê (Art. 7º da <i>Constituição Federal</i>)
	Cuidados com o RN e aleitamento	A gestante tem o direito à licença–maternidade de 120 dias, com o pagamento do salário integral e benefícios legais a partir do oitavo mês de gestação (LEI nº 10.421 de 15 de abril de 2002, art. 392 da CLT). A duração da licença maternidade foi ampliada por 60 dias, desde que a empresa onde a gestante trabalhe faça parte do Programa Empresa Cidadã (Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008). A Lei n.º 10.421, de 15 de abril de 2002, acrescentou à CLT o art. 392-A, estendendo o benefício da licença-maternidade às mães adotivas e àqueles que obtiverem guarda judicial para fins de adoção
	Aleitamento	A mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho duas vezes ao dia, por pelo menos 30 minutos, para amamentar, até o bebê completar seis meses (Art. 396 da <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i>). É admissível que os intervalos sejam unidos, para que a mulher que esteja amamentando possa chegar uma hora mais tarde ou sair uma hora mais cedo. (art. 396 da CLT).



Anexo II Ficha de acompanhamento do tratamento de sífilis da gestante e do parceiro

Nome: _____

DUM: ___/___/___

DPP: ___/___/___

Nome do parceiro: _____

Exame

Gestante				Parceiro			
VDRL		Teste Treponêmico		VDRL		Teste Treponêmico	
Data	Título	Data	Reator / Não Reator	Data	Título	Data	Reator / Não Reator

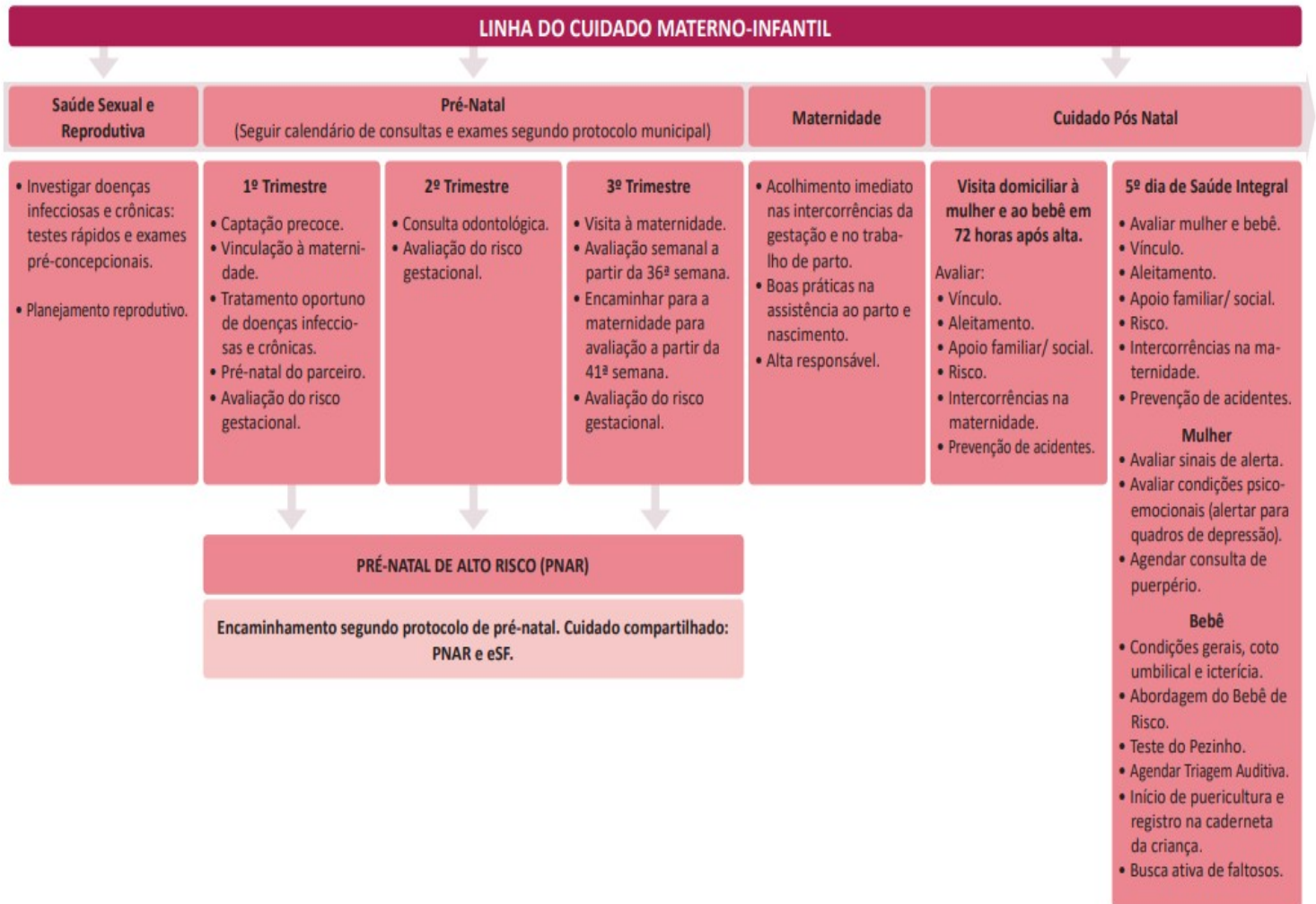
Tratamento

Medicação/dose			
Data	Gestante	Parceiro	Ass. Profissional

Obs.:



LINHA DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL





PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL

USF _____

NOME _____ P: _____

ENDEREÇO: _____ ESCOLARIDADE: _____

IDADE: _____ DN: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO: _____

DADOS BÁSICOS: Peso anterior: _____ Peso atual: _____ Est.: _____ IMC: _____
() Obeso () Sobrepeso () Eutrófico () Baixo Peso

VACINAÇÃO: Anti tetânica: () 1º dose () 2ª dose () 3ª dose () Reforço () Imune / **Hepatite B** () 1º dose () 2ª dose () 3ª dose () Imune
DTPa: _____ COVID-19 () 1º dose () 2ª dose () 3ª dose () 4ª dose () Bivalente **Influenza:** _____

DADOS GINECOLÓGICOS:

Última C.O. (Papanicolau) ____/____/____ () Nunca realizou
Antecedentes obstétricos: G ____ P ____ N ____ C ____ A ____ Idade da primeira gestação: _____ Amamentação () S () N Dificuldade () S () N
Qual dificuldade na amamentação: _____ Algum pesou menos 2.500g () S () N Nascimento com maior peso _____ g
DUM ____/____/____ IG ____s ____d DPP ____/____/____ **Tem dúvidas?** () SIM () NÃO **Gravidez planejada?** () SIM () NÃO

SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A GESTAÇÃO:

() Feliz () Triste () Angustia () Preocupada () Nervosa () Aceita gestação () Família aceita gestação

ANTECEDENTES FAMILIARES: () HAS () DM () Cardiopatias () Gêmeos () Malformações () Varizes

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: PA ____X____ mmHg FC ____bpm **Edema** ____/4+ () ausente BCF ____bpm AU ____ cm,
Movimentação Fetal () presente () ausente **Mamilos** () protusos () planos () invertidos

ANTECEDENTES PESSOAIS: () HAS () DM () Cardiopatias () Gêmeos () Malformações () Varizes () ITU repetição () Anemia () TVP
() Tabagismo () Etilismo () Epilepsia () Cir. pélvica () Outra _____

Medicações em uso _____

QUEIXAS: () enjoos () vômitos () tonturas () sialorreia () sonolência () pirose () dor nas mamas () cólicas

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Habitual () Alto risco

<p>ORIENTAÇÕES: () dieta equilibrada e hidratação () prevenção de edema de MMII () sexo () vacinação () cuidados com as mamas () constipação intestinal () atividade física</p>	<p>() tabagismo e etilismo () auto-medicação () sinais de alerta (sangramento, cólicas e perda de líquido) () acompanhamento mensal, quinzenal e semanal () cuidados com a pele – filtro solar</p>	<p>CONDUTAS: () orientação e coleta de testes rápidos (assinar autorização para coleta HIV) () solicitação de exames laboratoriais do 1º trimestre () solicitação do USG obstétrico + TN () dispensação de ácido fólico e/ou sulfato ferroso () preenchimento do cartão da gestante () agendamento próxima consulta () encaminhamento ao Obstetra.</p>
---	---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____, autorizo a coleta de amostra sanguínea para realização dos seguintes exames: () HIV () HCV () Sífilis () Hepatite B

Em forma de: () Testes Rápidos () Exames de Laboratório

() Não autorizo o serviço a entrar em contato comigo, devendo este aguardar minha procura.

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo para o que for necessário, através de:

() Telefone _____ () Pessoalmente.

Assinatura do usuário

Assinatura e carimbo do profissional de saúde

OBS: Os resultados somente serão divulgados para o próprio usuário ou na presença deste.

RESULTADO DE TESTES RÁPIDOS

<p>HIV () Reagente () Não Reagente</p>	<p>HBSAG () Reagente () Não Reagente</p>	<p>HCV () Reagente () Não Reagente</p>	<p>SÍFILIS () Reagente () Não Reagente</p>
---	---	---	---

Assinatura e carimbo profiss.



USF _____ DATA: ____/____/____

COLETA DE PAPANICOLAU

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____ DN: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____

MENARCA: _____ ANOS SEXARCA: _____ ANOS DUM: ____/____/____ PARIDADE: G ____ PN ____ PC ____ A ____
GRAVIDEZ: () S / () N DOR PÉLVICA: () S / () N DISPAREUNIA: () S / () N SANGRAMENTO APÓS RELAÇÃO: () S / () N
PRURIDO: () S / () N LEUCORREIA: () S / () N SE SIM, COR: _____ ODOR: _____
FAZ USO DE ANTICONCEPCIONAL: () S / () N SE SIM, QUAL: _____ FAZ USO DE DIU: () S / () N
MENOPAUSA: () S / () N SE SIM, QUAL IDADE: _____ ANOS SANGRAMENTO PÓS: () S / () N
REPOSIÇÃO HORMÔNIO: () S / () N SE SIM, QUAL: _____ HISTERECTOMIA: () PARCIAL () TOTAL () NÃO
FEZ TRATAMENTO POR RADIOTERAPIA: () S / () N
PAPANICOLAU ANTERIOR: () S / () N DATA: ____/____/____
JÁ REALIZOU CIRURGIA NA MAMA? () S / () N SE SIM, EM QUAL MAMA E ANO: _____
MAMOGRAFIA ANTERIOR: () S / () N DATA: ____/____/____
HISTÓRIA FAMILIAR DE NEO DE MAMA OU OVÁRIO: () N / () S - QUAL E QUEM: _____



AO EXAME COLPOCITOPATOLÓGICO

VULVA NORMAL: () S / () N VAGINA NORMAL: () S / () N CISTOCÉLE: () S / () N VERRUGAS: () S / () N
LESÃO: () S / () N LEUCORREIA: () S / () N SE SIM, CARACTERÍSTICA: _____

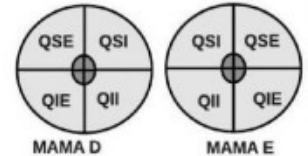
SINAIS SUGESTIVOS DE IST: () S / () N

INSPEÇÃO DO COLO: () NORMAL / () ALTERADO / () ECTOPIA (FERIDA) / () FRIÁVEL (SANGRANTE) / () NÃO VISUALIZADO

LÂMINA: _____

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

MAMAS SIMÉTRICAS: () S / () N MAMILOS: () PLANO / () INVERTIDO / () PROTUSO
NÓDULOS: () S - MAMA ____ / ____ / () N
DESCARGA PAPILAR: () POSITIVA - MAMA ____ / () NEGATIVA
PELE: () NORMAL / () ALTERADA QUAL: _____
LINFONODOS AXILARES COM NODULAÇÕES: () S / () N



SOLICITADO MAMOGRAFIA: () S / () N

SISVIDAS: _____

PROTOCOLO SISCAN: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO
RESPONSÁVEL PELA COLETA E EXAME DAS MAMAS

RESULTADO PPN DIA: ____/____/____

ADEQUABILIDADE	EPITELIO	DIAGNOSTICO	MICROBIOLOGIA
() Satisfatória () Hipocelular () Insatisfatória > 75% do esf. Presença de: () sangue / () piócito () Artefato dessecam. () _____	() Escamoso () Glandular () Metaplásico Representatividade da zona de transfor mação (JEC) () S / () N	() Dentro do limite de normalidade do material examinado () Negativo para malignidade Alterações benignas: () inflamação / () reparação / () metaplasia escamosa imatura / () atrofia com inflamação / () outros _____ Atipias celulares: () Escamosas: [] PNN / [] NALAG / [] NIC I / [] NIC II / [] NIC III / [] carcinoma epidermoide invasor / [] LAG não excluído microinvasão () Glandulares: [] PNN / [] NALAG / [] adenocarcinoma in situ / [] adenocarcinoma invasor () De origem indefinida: [] PNN / [] NALAG	() Lactobacillus sp () Cocos () Bacilos supracito () Cândida sp () Trichomonas () Outro bacilos () Flora não classific. () Esfregaço atrófico () Esfregaço hipotróf () artefatos de dessecc () _____

RESULTADO MMG DIA: ____/____/____

EXAME REALIZADO DIA: ____/____/____

MAMA DIREITA	MAMA ESQUERDA
Pele: () Normal / () _____ Composição da mama: () Adiposa ou Densa / () Pred Adiposa ou Densa / () _____ Linfonodos axilares: () Normais / () Não visibilizados / () _____ Categoria BI RADS: () 0 / () 1 / () 2 / () 3 / () 4 / () 5 Observação: () Calc. Tip. Benignas / () _____ Achados : _____ Recomendação: () USG / () MMG em 2 anos / () _____ Observação: () complementar com USG	Pele: () Normal / () _____ Composição da mama: () Adiposa ou Densa / () Pred Adiposa ou Densa / () _____ Linfonodos axilares: () Normais / () Não visibilizados / () _____ Categoria BI RADS: () 0 / () 1 / () 2 / () 3 / () 4 / () 5 Observação: () Calc. Tip. Benignas / () _____ Achados : _____ Recomendação: () USG / () MMG em 2 anos / () _____ Observação: () complementar com USG



LEI Nº 14.598, DE 14 DE JUNHO DE 2023

Dispõe sobre a realização de exames em gestantes.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A rede pública de saúde, observada a disponibilidade orçamentária, incluirá no protocolo de assistência às gestantes a realização dos seguintes procedimentos, nos termos do regulamento:

I – ecocardiograma fetal no pré-natal de gestantes;

II – pelo menos 2 (dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre de gestação.

Art. 2º Se constatada qualquer alteração que coloque em risco a gestação, o médico encaminhará a gestante para tratamento médico adequado a fim de salvaguardar a vida.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de junho de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Nísia Verônica Trindade Lima

INDICAÇÕES DE ECOCARDIOGRAMA FETAL NO MUNICÍPIO

Realizado entre 26^a e 30^a semana de gestação

- Malformações cardíacas
- TN > 3,5mm
- Cromossomopatias
- Arritmia fetal
- Alteração cardíaca ao USG
- História de cardiopatia congênita
- Hidropsia fetal
- Gestação gemelar monocoriônica

Observação:

Este exame deve ser solicitado exclusivamente por um especialista.



USG EM GESTANTE

1º Trimestre

A) USTV

Até 9ª semana de gestação

Para datação e avaliar viabilidade da gestação

Indicado para todas as gestantes

B) US Obstétrico TN

Entre a 11ª e a 14ª semana de gestação

Para rastrear cromossomopatias

Indicado para todas as gestantes

C) US Obstétrico Morfológico do 1º Trimestre

Entre a 11ª e a 14ª semana de gestação

Para rastrear aneuploidias fetais

Indicado para gestantes com antecedentes de malformação fetal, óbito fetal ou neonatal sem etiologia, infecção materna aguda, US obstétrico de TN alterado.

Este exame deve ser solicitado exclusivamente por um especialista

2º Trimestre

A) US Obstétrico Morfológico do 2º Trimestre

Entre a 21ª e a 24ª semana de gestação

Para rastrear má formações

Indicado para todas as gestantes

3º Trimestre

A) US Obstétrico do 3º Trimestre

Após a 30ª semana de gestação

Para a avaliação do peso fetal, do líquido amniótico e da posição fetal

Indicado para as gestantes de risco habitual



Demais US

A) US Obstétrico do Doppler

A partir da 30^a semana de gestação

Indicado para gestantes de alto risco

Este exame deve ser solicitado exclusivamente por um especialista

B) USTV para medida do colo uterino

O período em que deve ser realizado depende da patologia.

Indicado nos casos de insuficiência istmocervical (IIC), histórico de parto prematuro e abortos de repetição.

C) USG de Urgência/Emergência

Período indeterminado

Indicado dependendo do quadro clínico e avaliação do médico plantonista

Este exame deve ser solicitado e realizado durante o plantão na Santa Casa.

D) USG de Gemelares

O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal–SRS de Passos, recomenda, de acordo com a Nota Técnica nº 34/SES/URSPAS-CAS/2023, nos casos de gestações múltiplas, quanto ao seguimento ultrassonográfico:

1. A ultrassonografia para as **gestações gemelares dicoriônicas** (com duas placentas) deve ser realizada conforme esquema abaixo:

1º US	Entre as semanas 11 ½ dias e 13 6/7 dias
2º US	Entre as semanas 20 1/7 dias e 23 6/7 dias
Mensal	Entre as semanas 24 e 38

2. A ultrassonografia para as **gestações gemelares monócóricas** (com uma placenta) deve ser realizada conforme esquema abaixo:

1º US	Entre as semanas 11 ½ dias e 13 6/7 dias
Quinzenal	Entre as semanas 16 e 36.

Obs.: no caso de achados anormais pode ainda ser indicado a diminuição do intervalo.



PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE US NA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

1. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivo a racionalização das solicitações de USG Obstétrica e Ginecológica com ou sem o uso da dopplervelocimetria requisitadas pelos profissionais médicos obstetras que atendem na Urgência da Santa Casa de São Sebastião do Paraíso. Nele constam as principais indicações para a realização desse exame em caráter de urgência na especialidade Gineco-Obstétrica.

O exame ultrassonográfico é um método diagnóstico não invasivo, sem liberação de radiações ionizantes e não deletério para o feto, a gestante e o operador envolvido. É de fundamental importância para o diagnóstico e acompanhamento de variadas afecções gineco-obstétricas de caráter urgencial ou não.

2. MATERIAL

2.1. Neste protocolo as indicações serão divididas em 2 grupos:

- USG Obstétrico e Ginecológico com Doppler;
- USG Obstétrico e Ginecológico sem Doppler.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1. Quando solicitar ultrassonografia obstétrica/ ginecológica na Urgência:

3.1.1. Com Dopplervelocimetria:

- Pós datismo para avaliar possível indução do parto;
- Suspeita de RCIU;
- Estados hipertensivos na gravidez;
- Gestação Múltipla;
- Suspeita de Macrossomia fetal (pelo risco de compressão funicular ou estados de sofrimento crônico);
- Sangramentos transvaginal ativo em gestante (ou observado durante o exame físico) – devido aos casos de gestação ectópica, descolamento prematuro de placenta ou placenta prévia;
- Suspeita e/ou acompanhamento de Oligodrâmnio ou Polihidrâmnio;
- Isoimunização;
- Gestações de Alto Risco com alteração no doppler em acompanhamento;
- Diabetes gestacional;
- Gestante com pós-trauma abdominal;
- Ausência de batimentos cardíofetais (BCF) durante o exame físico;
- Ausência de movimentos fetais ou ausência de BCF;



- Crise falcêmica (devido a associação com condições que levam a sofrimento fetal agudo).

3.1.2. Sem Dopplervelocimetria:

- Gestante com suspeita de neoplasia pélvica identificada durante o exame físico;
- Gestante com sangramento transvaginal ativo;
- Paciente pós-menopausa com sangramento transvaginal de moderada intensidade;
- Sangramentos recorrentes na gestação;
- Investigação de Endometriose;
- Paciente com IG \geq 20 semanas e que nunca realizou ultrassonografia (devido necessidade de avaliação fetal e precariedade de alguns pré-natais em ofertar a USG Obstétrica básica);
- Suspeita de abdome agudo (pelo risco de gestação ectópica, torção de ovário ou cisto ovariano roto).

Salientamos a importância de quantificar o volume do líquido amniótico, seja ele através da avaliação do ILA e/ou do maior bolsão do líquido, uma vez que muitas de nossas condutas são pautadas na avaliação quantitativa deste valor. Assim como colocar o percentil dos fetos.

4. REFERÊNCIAS

1. MONTENEGRO, C.A.B. Rezende. Obstetrícia. 13^a ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. SHIPP RD. Overview of ultrasound examination in obstetrics and gynecology. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://uptodate.com> (accessed on october 22, 2020).
3. ZUGAIB, Marcelo; Francisco, Rossana Pulcineli Vieira (eds). Zugaib Obstetrícia [3ed]. BARUERI: Manole, 2016, 1329p.



ANEXO 1 – Modelo de solicitação de Ultrassonografia de Urgência

Nome: _____ Idade: _____

Histórico Ginecológico/ Obstétrico:

Indicações:

- Com Dopplervelocimetria:
 - () Pós-datismo para avaliar indução;
 - () Suspeita de RCIU;
 - () Estados hipertensivos na gravidez;
 - () Gestação gemelar;
 - () Suspeita de Macrossomia Fetal;
 - () Sangramento transvaginal ativo em gestante (ou observado durante o exame físico);
 - () Oligodrâmnio ou Polihidrâmnio;
 - () Isoimunização;
 - () Gestações de alto risco com alteração no doppler em acompanhamento;
 - () Diabetes gestacional;
 - () Ausência de batimentos cardíofetais;
 - () Crise falcêmica;
 - () Pós-trauma abdominal;
 - () Suspeita de neoplasia pélvica identificada durante o exame físico.

- Sem Dopplervelocimetria:
 - () Paciente com IG \geq 20 semanas e que nunca realizou ultrassonografia;
 - () Gestante com suspeita de neoplasia pélvica identificada durante o exame físico;
 - () Paciente pós-menopausa com sangramento transvaginal de moderada intensidade;
 - () Sangramentos recorrentes na gestação;
 - () Investigação de Endometrite;
 - () Gestante com sangramento transvaginal ativo;
 - () Suspeita de abdome agudo;
 - () Outros:

Data: ___/___/____.

Requisitante



RECOMENDAÇÕES DA VIGILÂNCIA FETAL ANTEPARTO

A avaliação do bem-estar anteparto pode ser feita através de: contagem dos movimentos fetais, CTG anteparto (basal), perfil biofísico fetal (PBF) e dopplervelocimetria da artéria umbilical.

- As evidências científicas nível I são limitadas para apoiar o uso da CTG anteparto como método de assegurar bem-estar fetal;
- Há evidências contrárias à realização da cardiocografia anteparto em gestações de baixo risco (em torno de 50% de falsos-positivos);
- Gestantes saudáveis, sem fatores de risco para resultado perinatal adverso, devem ser informadas quanto à importância de atentarem-se para os movimentos fetais para o terceiro trimestre, procedendo à contagem destes, caso suspeitem de movimentos diminuídos em relação ao usual diário;
- Caso sejam contados menos de seis movimentos em um intervalo de duas horas, deve-se procurar assistência médica o mais rápido possível;
- O monitoramento diário dos movimentos fetais a partir das 26 a 32 semanas deve ser feito em todas as gestações com fatores de risco para resultado perinatal adverso;
- A CTG anteparto pode ser considerada quando presentes riscos para desfecho perinatal adverso;
- Na presença de CTG normal, movimentação fetal usual (> 6 movimentos em 2h) e ausência de oligodramnia, não é necessário realizar perfil biofísico fetal ou outra avaliação adicional;
- Na presença de CTG anormal, é necessário realizar perfil biofísico fetal ou outra avaliação adicional;
- Em gestações entre 41 e 42 semanas, o bem-estar fetal deve ser avaliado, sendo incluso pelo menos uma CTG anteparto e uma avaliação do volume de líquido amniótico;
- Avaliação semanal do bem-estar fetal a partir de 36 semanas é recomendada em diabetes mellitus pré-gestacional e diabetes mellitus gestacional em uso de insulina. Também é razoável considerar avaliação fetal semanal para mulheres com diabetes mellitus gestacional controlado por dieta a partir de 36 semanas. Métodos aceitáveis de avaliações do bem-estar fetal neste grupo podem incluir a CTG anteparto, avaliação do líquido amniótico, PBF ou combinação destes;
- A CTG anteparto não está indicada antes das 26 semanas de gestação pela imaturidade fisiológica do SNA e por inexistirem parâmetros de normalidade disponíveis para essa idade gestacional;
- Frente ao resultado da CTG anteparto, deve-se levar sempre em consideração a gravidade e a estabilidade do quadro clínico materno e a idade gestacional para estabelecer a conduta obstétrica, visto que o valor preditivo positivo da CTG anteparto é baixo.



Referências:

- Suplementação Cálcio – NT Conjunta n° 251/2024;
- Lei n° 14598, 14/06/2023;
- REGULASUS protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821;
- LINHA DE CUIDADOS PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO – PNAR

* * *