

**PROTOCOLO MUNICIPAL DE
ATENÇÃO
AO PRÉ-NATAL DE RISCO
HABITUAL**



**Angra dos Reis – RJ
2023**



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS
Secretaria de Saúde de Angra dos Reis
Superintendência de Atenção Primária

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO
HABITUAL

FICHA TÉCNICA

Créditos, Distribuição e Informações:

Secretário Municipal de Saúde: Glauco Oliveira Fonseca
Superintendente de Assistência a Saúde: Josieli Cano Fernandes
Superintendente de Atenção Primária: Wesley Abel Mariano
Diretora do Departamento de Atenção Primária: Camila Lima Siqueira
Coordenação dos Ciclos de Vida e Equidade em Saúde: Mirelle Ferreira de Souza

Organização:

Danielle Ennes
Lyvia Silva de Oliveira Molina Rangel
Mirelle Ferreira de Souza
Josieli Cano Fernandes
Ana Luiza Oscar Costa
Maria Roberta Pereira Matias de Medeiros
Elzi Tereza Tamburini Biondi
Rafael Valadão Cordeiro
Luciana Rossinol Silva

Elaboração:

Danielle Ennes
Lyvia Silva de Oliveira Molina Rangel
Mirelle Ferreira de Souza

Revisão:

Elisa Avancini Marques Braga
Rodrigo de Oliveira Leite



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	6
2.1 O Papel da Atenção Primária à Saúde no Pré-natal e Puerpério.....	7
2.1.1 Competências da Atenção Primária à Saúde.....	7
2.2 O Papel da Atenção Primária no Incentivo ao Parto Normal.....	9
3. AVALIAÇÃO E CUIDADOS PRÉ-CONCEPÇÃO.....	10
4. DIAGNÓSTICO DA GESTAÇÃO.....	11
5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL.....	13
5.1 Roteiro de Consultas.....	17
5.1.1 Anamnese: história clínica (geral e obstétrica), condições e hábitos de vida.....	18
5.1.2 Exame físico.....	20
5.1.3 Exames complementares.....	21
6. AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO.....	28
6.1 Síndromes Hipertensivas na Gestação.....	34
6.2 Diabetes na Gestação.....	39
6.3 Função Tireoidiana e Hipotireoidismo.....	44
6.4 Sífilis.....	45
6.5 HIV.....	49
6.6 Hepatites virais.....	50
6.6.1 Hepatite B.....	50
6.6.2 Hepatite C.....	51
6.7 Toxoplasmose.....	52
6.8 Anemia.....	56
6.8.1 Anemia falciforme.....	58
6.9 Doença Hemolítica Perinatal.....	58
6.10 Síndromes hemorrágicas.....	59
6.11 Infecção de Trato Urinário.....	60
6.11.1 Bacteriúria Assintomática (BA).....	60
6.11.2 Infecção de Trato Urinário.....	61
6.11.3 A Pielonefrite Aguda.....	61
6.11.4 Infecção Urinária de Repetição.....	62
6.12. Parasitoses Intestinais.....	62
6.13. Alterações ginecológicas inflamatórias: Cervicites e Vaginoses.....	63
7. IMUNIZAÇÃO.....	67
8. ARBOVIROSES -ATENDIMENTO ÀS GESTANTES COM EXANTEMA.....	69
8.1. Dengue.....	69
8.2 Zika Vírus.....	70
8.3 Chikungunya (CHIKV).....	71
9. SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.....	72
10. PUERPÉRIO.....	74
11. ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	75
REFERÊNCIAS.....	79



APRESENTAÇÃO

Levar saúde para a população é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida em Angra dos Reis. É com esse olhar que a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu esse Caderno de Atenção à Saúde, no qual está detalhado o protocolo de assistência ao Pré Natal para apoiar as equipes de saúde do município.

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A Atenção Primária na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto.

Com este protocolo queremos que cada profissional se aproprie dos conteúdos aqui disponibilizados para que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Município.



1. INTRODUÇÃO

Este caderno possui como objetivo nortear o atendimento no período gravídico e puerperal. A construção da Linha Guia do Pré-natal e puerpério Angrense, bem como sua constante revisão, permitirá manter uma conduta linear nos diferentes pontos de atenção, quanto ao atendimento, estratificação de risco, referência, fluxo de atendimento e competências das equipes e profissionais de saúde.

Enquanto ordenadora do cuidado nos diferentes níveis de atenção, a Atenção Primária vem mostrando toda a qualidade na atenção ao pré-natal, desde a captação precoce da gestante até sua consulta puerperal.

O **“PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL”** é mais uma forma de apoio à Atenção Primária, trazendo a toda equipe um instrumento de fácil acesso e entendimento, que apoie seus profissionais no processo de trabalho a fim de qualificar a atenção dispensada às gestantes de Angra dos Reis.

2. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Iniciamos esse caderno lembrando os “Dez Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica” descritos pelo MS em 2012 (BRASIL, 2012):

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação, em tempo oportuno, dos exames preconizados na atenção pré-natal.

4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico.

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: pré-natal do (a) parceiro (a).

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.



Acreditamos que após esse reencontro com os dez passos seu cérebro já se encarregou de lhe lembrar qual é o seu papel nessa linha de cuidado, no entanto consideramos ter aqui detalhado as competências e atribuições de cada dos profissionais envolvidos nesse processo de cuidar.

2.1 O Papel da Atenção Primária à Saúde no Pré-natal e Puerpério

2.1.1 Competências da Atenção Primária à Saúde

A equipe da APS é responsável pela atenção às gestantes e crianças residentes na sua área de abrangência e devem:

- Acolher as gestantes na unidade e agendar o pré-natal preferencialmente para a mesma semana do diagnóstico da gravidez;
- Vincular as gestantes ao hospital/maternidade, de acordo com sua estratificação de risco;
- Solicitar os exames da rotina pré-natal;
- Realizar as consultas de pré-natal, conforme cronograma, avaliando, em cada consulta, possíveis alterações e mudança na estratificação de risco;
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e monitorar o uso efetivo da terapêutica instituída em cada caso;
- Imunizar as gestantes, conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Encaminhar as gestantes estratificadas como de de Alto Risco, por meio da Central de Regulação, para o ambulatório de referência e monitorar estas gestantes;
- Garantir no mínimo **07 consultas** de pré-natal divididas entre enfermeiro e médico(na ausência de um dos profissionais a assistência deve ser garantida pelo profissional que se encontrar na Unidade) e minimamente 01 consulta por trimestre com a Equipe de Saúde Bucal, além de **01 consulta no puerpério**;
- Imunizar as crianças, conforme calendário de imunização;
- Encaminhar as crianças menores de 01 (um) ano, estratificadas como de Risco Intermediário ou de Alto Risco, para ambulatório de referência.

2.1.1.a) Competências do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidados especiais;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré natal, priorizando aquelas em situação de risco;
- Captar as gestantes de sua área de atuação e encaminhá-las à unidade para a inscrição no pré natal;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante, por meio da



visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e de Alto Risco;

- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não compareceram à unidade para acompanhamento;
- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos (“Primeira Semana Saúde Integral”), que tiveram alta hospitalar;
- Observar, também na visita do recém-nato, se os procedimentos de triagem neonatal (teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho, teste do coraçãozinho, teste da linguinha) foram realizados antes da alta hospitalar, caso contrário, retorno na Unidade, o mais breve possível, para os encaminhamentos necessários;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando a equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de violência.

2.1.1.b) Competências da Equipe de Saúde

- Conhecer a área e suas microáreas, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade, coletados no cadastramento;
- Acompanhar as famílias da microárea de risco em suas casas (visita domiciliar), na Unidade (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas priorizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Identificar fatores de risco para a gestante e o feto, por meio de antecedentes familiares e pessoais;
- Iniciar o pré-natal o mais precoce possível;
- Marcar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal a cada trimestre;
- Registrar as informações no Prontuário Eletrônico, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Bolsa Família e, impreterivelmente, na Caderneta da Gestante;
- Manter a Caderneta da Gestante preenchida, de forma legível e completa, com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem (*trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as*



consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar, assim, a gestante deve ser orientada a estar sempre portando a sua Caderneta);

- Realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém nascidos, preferencialmente, até o 5º dia pós alta hospitalar e agendar consulta na Atenção Primária;
- Realizar atendimento domiciliar quando necessário (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação, etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea;
- Assistir às gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências, e monitoramento dos casos de risco;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura;
- Acompanhar os indicadores relativos à área de abrangência.

2.2 O Papel da Atenção Primária no Incentivo ao Parto Normal

A gestação e nascimento são processos de vida que envolve mulheres, famílias, comunidade e profissionais de saúde. Neste período, a realização do Pré-Natal propicia que a mulher e a família estreitam sua convivência com a equipe de saúde da Atenção Primária. Neste sentido os profissionais têm papel fundamental na construção do vínculo e da realização de educação em saúde que possam prepará-los para a chegada do bebê de forma humanizada.

Atender de forma humanizada prevê respeito às escolhas desta mulher e família, que livremente informados e esclarecidos pela equipe de saúde, poderão decidir e se responsabilizar em seu auto-cuidado assistido.

As Redes de Atenção são ferramentas importantes para a sistematização do uso de dados epidemiológicos como ponto inicial para estratégias de ação e propicia o apoio e troca de experiências exitosas de forma mútua entre as diferentes esferas.

Neste cenário podemos elencar ações estratégicas a serem realizadas pela equipe da Atenção Primária com vistas ao incentivo do Parto Normal :

- Aprimorar o acesso ao planejamento reprodutivo minimizando a ocorrência de gestações indesejadas;
- Realizar a captação precoce da gestante para início do acompanhamento Pré-Natal;
- Levantar perfil epidemiológico local para proposição de ações estratégicas na Saúde da Mulher e incentivo ao parto normal condizentes com a população assistida pela Atenção Primária;
- Estimular e incentivar ações em rede, com a participação dos diferentes setores da saúde no sentido de informar a população sobre o parto normal;
- Organizar grupos de trabalho e discussão entre os profissionais da equipe abordando temas como: tipos de parto, fisiologia e etapas do parto normal, papel da equipe da Atenção Primária e hospitalar na Assistência ao Parto, Boas Práticas na Atenção ao Parto, entre outros, embasados em Evidências Científicas;



- Utilizar materiais didáticos e Evidências Científicas de entidades e banco de dados confiáveis como fonte de informação para o planejamento de ações estratégicas no incentivo ao parto normal;
- Manter relação respeitosa com a gestante e sua família, propiciando ambiente acolhedor, privacidade e autonomia da mulher nas decisões relacionadas à sua gestação e parto;
- Incentivar a visita da gestante e acompanhante (de preferência aquele que a gestante deseja que esteja com ela durante sua permanência no hospital) a maternidade de referência;
- Produzir materiais informativos que atendam as necessidades locais, que podem ser construídos em conjunto entre profissionais e população assistida;
- Manter calendário de planejamento para realização de Educação em Saúde com temas afins ao Parto Normal;
- Realizar grupos para gestantes e outros interessados abordando temas afins ao processo de nascimento, como: Tipos de Parto, fisiologia e fases do parto normal, a relação entre o trabalho de parto e a dor, boas práticas obstétricas e neonatais segundo a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, a presença do acompanhante no trabalho de parto, a relação entre o tipo de parto e a amamentação, identificação das contrações uterinas e reconhecimento dos sinais e sintomas do trabalho de parto, sinais de risco durante gestação e trabalho de parto, entre outros;
- Uso de metodologias lúdicas na Educação em Saúde;
- Troca de experiências exitosas entre equipes da Atenção Primária no incentivo ao Parto Normal.

3. AVALIAÇÃO E CUIDADOS PRÉ-CONCEPÇÃO

A avaliação e os cuidados pré-concepcionais devem ser ofertados a todas as mulheres/ casais que busquem a unidade de saúde referindo o desejo de gravidez. Nesses casos, devem ser avaliados os fatores de risco que podem influenciar a futura gestação bem como oferecidas as orientações acerca dos cuidados necessários. Fazem parte dos cuidados para a pré-concepção:

- Oferecer consulta para mulher e seu/sua parceiro (a);
- Oferecer orientação nutricional e estímulo de hábitos saudáveis, como prática de atividade física e cessação do tabagismo;
- Identificar condições clínicas preexistentes, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, HIV, anemia falciforme, epilepsia, hipertireoidismo, entre outras, buscando o controle e acompanhamento adequado;
- Avaliar e orientar quanto a uso de medicamentos;
- Orientar sobre identificação do período fértil;
- Suplementação com ácido fólico: Doses: 0,4 mg/dia. Idealmente, iniciar, no mínimo, 30 dias antes da concepção e manter até o primeiro



trimestre;

- Avaliar necessidade de atualização da caderneta vacinal;
- Oferecer testagem rápida para sífilis, HIV, hepatite B e C para mulher e sua parceria;
- Oferecer IgG e IgM para Toxoplasmose e Rubéola;
- Detectar a mulher com risco de desenvolver isoimunização materno-fetal: solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh, se Rh negativo, solicitar Coombs Indireto;
- Suspender métodos anticoncepcionais.

4. DIAGNÓSTICO DA GESTAÇÃO

A toda mulher que refira atraso menstrual maior do que 07 dias deverá ser ofertado o Teste Imunológico de Gravidez (TIG). O TIG é o teste de escolha pela sua confiabilidade e rapidez diagnóstica. Independentemente do resultado, a entrega do resultado do teste deve ser associada à realização de orientação sobre o resultado e com a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais. Na existência do Teste Rápido de gravidez o mesmo poderá ser ofertado com a finalidade de se oportunizar o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, com identificação de fatores de risco à saúde e intervenções em tempo oportuno.

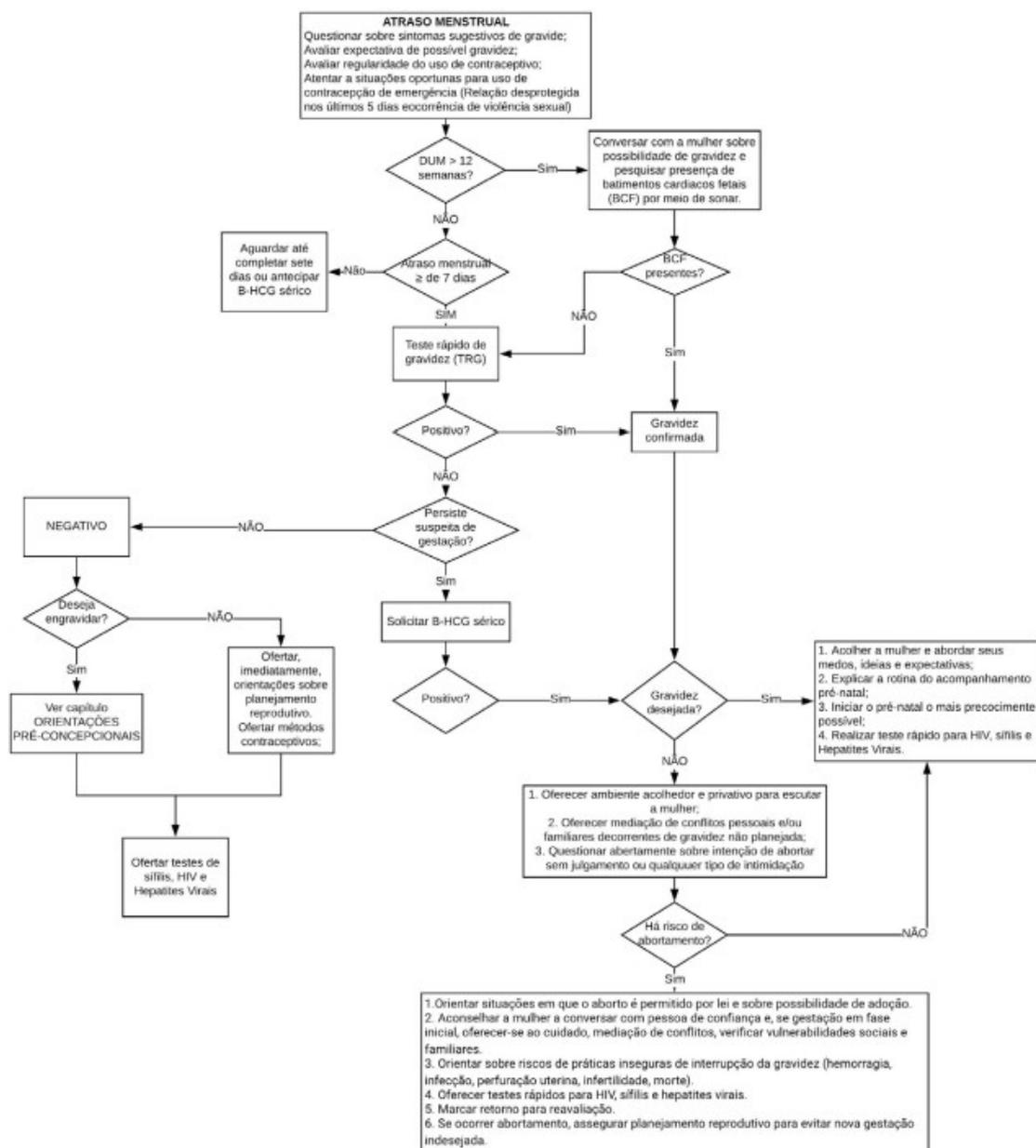
A partir do diagnóstico positivo, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: consultas conforme calendário, visitas domiciliares e grupos educativos. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados no prontuário e no Cartão da Gestante.

Nesse primeiro contato, o profissional deve:

- Avaliar o risco de abortamento inseguro. Se identificado risco de abortamento inseguro, oferecer ambiente acolhedor e com privacidade, oferecer escuta sobre medos e conflitos e orientar sobre risco de práticas inseguras;
 - Realizar os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C;
 - Fornecer o Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, endereço, o hospital ou maternidade de referência para o parto e possíveis intercorrências;
 - Avaliar calendário de vacinas (Ver Imunização das Gestantes);
 - Avaliar o risco gestacional por anamnese e exame físico em relação à idade gestacional estimada;
 - Orientações sobre as atividades educativas (reuniões de planejamento reprodutivo, grupos de gestantes e visitas domiciliares);
 - Convocar parceria para consulta.



Fluxograma 1 - Amenorreia e atraso menstrual



Fonte: Protocolo Estadual de atenção ao pré-natal de risco habitual. Ano: 2020

5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

A atenção pré-natal deve ser iniciada, preferencialmente, no momento da descoberta da gestação. No primeiro atendimento, o médico e enfermeiro, devem acolher, verificar a aceitação da gestação e esclarecer as queixas, dúvidas e ansiedades das gestantes, buscando construir vínculo.

O calendário de consultas deve contar com a realização de, no mínimo, sete consultas, distribuídas ao longo da gravidez, a primeira delas deve



ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente no momento da procura pela mulher, e até a 12ª semana.

O quadro apresentado abaixo contém a programação de consultas da gestante de risco habitual, devendo ser adequado conforme as especificidades e a estratificação de risco de cada mulher:

Quadro 1: Número de Consultas por período gestacional

Idade Gestacional	Periodicidade
Até a 28ª semana	Mensais
Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenais
36ª até a 41ª semana	Semanais
Havendo sinal de trabalho de parto e/ou 40 semanas, encaminhar à maternidade. Lembrar que não existe alta do pré-natal.	

A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;

- Gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até 40ª semana, devem ser encaminhadas à maternidade/hospital de referência para avaliação;
- Não existe alta do Pré-natal, esse se encerra apenas com a realização da consulta puerperal;
- Recomenda-se busca ativa para gestantes faltosas e para as puérperas na 1ª semana pós-parto, caso não retornem ao serviço;
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços. Nesse sentido, devem ser implantadas estratégias de vigilância que permitam a busca ativa de gestantes faltosas.

Conhecer a gestante e seu contexto de vida é fundamental para uma rotina eficaz de cuidado, predição de risco da gestação atual e manejos de situações clínicas que possam surgir na gravidez. Apresentamos agora a avaliação e a Estratificação de Risco da gestação que devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta de pré-natal e também por ocasião da visita domiciliar.

A presença de um ou mais fator de risco não significa a necessidade imediata de encaminhamento. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com fator de risco identificado e a condição da gestante no momento.

Para fins de encaminhamento ao Pré natal de alto risco orientamos a utilização da estratificação de risco abaixo:



Quadro 2: Avaliação do Risco Gestacional

Condições e Agravos		Conduta
Características individuais/ condições sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none">• Idade menor que 15 e maior que 35 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;• Situação conjugal insegura;• Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);• Condições ambientais desfavoráveis;• Altura menor que 1,45 m;• Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;• Adolescentes com fatores de risco psicossocial.	<ul style="list-style-type: none">• Realizar Pré-natal na Atenção Primária
	História Reprodutiva anterior	<ul style="list-style-type: none">• Histórico de recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;• Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;• Nuliparidade e multiparidade;• Síndromes hemorrágicas;• Cirurgia uterina anterior;• Macrossomia fetal;• Pré-eclampsia/eclâmpsia;
<ul style="list-style-type: none">• História de 3 ou mais abortos espontâneos;• Morte perinatal inexplicada, morte perinatal com causa		<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar para a referência de pré-natal de Alto



	identificada, com possíveis riscos para a gestação	Risco
Intercorrências clínicas crônicas	<ul style="list-style-type: none">• Cardiopatias;• Pneumopatias graves;• Nefropatias;• Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);• Hematopatias (exceto anemia leve/moderada - Hb >8 g/dl);• Trombose venosa profunda;• Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou em uso de anti-hipertensivo;• Epilepsia;• Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV);• Pós-cirurgia bariátrica;• Doenças autoimunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);• Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras)	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar para referência de pré-natal de Alto Risco
Doença obstétrica na gravidez atual	<ul style="list-style-type: none">• Infecção urinária• Ganho ponderal inadequado;• Anemia leve a moderada;• Sífilis e outras ISTs (exceto HIV)	<ul style="list-style-type: none">• Realizar Pré-natal na Atenção Primária
	<ul style="list-style-type: none">• Alteração no crescimento uterino; gestação gemelar, polidrâmnia ou oligodrâmnia (alterações acentuadas devem ser encaminhadas para urgência obstétrica); má-formação fetal;• Hemorragias na gestação;• Pré-eclampsia (após avaliação na urgência obstétrica e descartada)	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar para referência de pré-natal de Alto Risco



	<p>necessidade de internação);</p> <ul style="list-style-type: none">• Isoimunização;• Malformações fetais ou arritmia fetal;• Evidência laboratorial de proteinúria;• Diabetes mellitus gestacional;• Desnutrição materna severa;• Obesidade (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante também para a avaliação nutricional);• Lesão intraepitelial de alto Grau (NIC III);• Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais;• Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);• Anemia grave (HB <8 g/dl) ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;• Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal);• Infecções como a rubéola e citomegalovirose adquiridas na gestação atual.	
--	---	--

Fonte: Rio de Janeiro. Protocolo Estadual de Atenção ao Pré Natal Risco Habitual – livro eletrônico. SES, 2020.

O encaminhamento para o Pré-natal de alto risco deverá ser realizado no momento em que for observado o risco e poderá ser realizado pelo profissional médico ou enfermeiro. O encaminhamento da gestante a outro



nível de atenção não exime a equipe de saúde da atenção primária da responsabilidade pelo cuidado a esta gestante.

Compete às equipes de Atenção Primária à Saúde, o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. Nas Unidades de Saúde, a gestante deve ser informada e referenciada para o serviço hospitalar que realizará o parto, e esta informação deve constar na Caderneta da Gestante.

As equipes de saúde que lidam com o pré-natal de risco habitual devem estar preparadas para receber as gestantes com fatores de risco identificados e prestar um primeiro atendimento e orientações no caso de dúvidas ou situações imprevistas; e ao encaminharem ao pré-natal de alto risco, não devem perder o vínculo com a gestante, exigindo relatórios de contra-referência e realizando busca ativa em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar.

5.1 Roteiro de Consultas

A história que cada gestante carrega em seu próprio corpo deve ser contada durante o pré-natal. Contando sua história as mulheres e adolescentes grávidas esperam obter ajuda. Ajuda para esclarecer fantasias e as mudanças que ocorrem durante o período gestacional, desmonte de medos e proibições relacionadas a sexualidade. Elas esperam esclarecimentos sobre a alimentação adequada, sobre o parto, exercícios, cuidados com o bebê. Enfim uma série de questões que são únicas para cada mulher. Mesmo para quem já teve outros filhos.

Essa ajuda terá a medida da sensibilidade e da capacidade de escuta de quem faz o pré-natal. Ela será tanto maior quanto melhor a interação entre profissionais de saúde e a mulher, sua família ou acompanhantes.

Uma boa consulta de pré-natal é composta por:

Anamnese: história clínica (geral e obstétrica), condições e hábitos de vida; exame físico (geral e ginecológico/obstétrico): preenchimento completo e legível do prontuário e da Caderneta da Gestante; exames de Rotina de Pré-Natal; solicitação de exames da rotina de pré-natal (Quadro 4); orientação, avaliação dietética e prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico conforme quadro abaixo.



Quadro 3: Medicamentos do Ciclo Gravídico Puerperal

Medicamento	Indicação
Sulfato ferroso	Dose: 40 mg de ferro elementar/dia. Período: Após a confirmação da gravidez até 3 meses pós parto.
Ácido fólico	Dose: 0,4 a 0,8 mg/dia (40 gotas da solução 0,2 mg/mL). Período: 01 mês antes da gravidez até a 12 ^a semana gestacional. <u>Na ausência do ácido fólico na dosagem indicada que a gestante deve tomar a dosagem de 5 mg. Por mais que a dose ultrapasse os valores indicados, os benefícios são maiores que os riscos.</u>

5.1.1 Anamnese: história clínica (geral e obstétrica), condições e hábitos de vida

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos sócio-epidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Os principais componentes são os listados abaixo:

A primeira consulta poderá ser realizada pelo enfermeiro ou médico e deve compreender o cadastro da situação gestante no Prontuário Eletrônico, a solicitação dos exames do primeiro trimestre, a realização dos testes rápidos (HIV, HBSAG, HCV, sífilis) da gestante e parceiro, o preenchimento e fornecimento da caderneta de pré natal.

- a. Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- b. Data precisa da última menstruação;
- c. Identificar gestantes com fraca rede de suporte social;
- d. Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- e. Paridade;
- f. *Antecedentes ginecológicos*: Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca); uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono); - Infertilidade e esterilidade (tratamento); Infecções sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro); Cirurgias ginecológicas (idade e motivo); Malformações uterinas; Mamas (patologias e tratamento realizado); Última



colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado);

g. Intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas;

h. *Antecedentes obstétricos:* Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações); Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento); número de filhos vivos; idade na primeira gestação; Intervalo entre as gestações (em meses); Isoimunização Rh; Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37^a semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g; Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional; Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos); Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu); Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguíneo- transfusões; Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las); Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las); Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);

i. Hospitalizações anteriores;

j. Uso de medicações;

k. História prévia de infecções sexualmente transmissível;

l. Exposição ambiental ou ocupacional de risco;

m. Reações alérgicas;

n. História pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações (Hipertensão arterial; Diabetes mellitus; Malformações congênitas e anomalias genéticas; Gemelaridade; Câncer de mama e/ou do colo uterino; Hanseníase; Tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco); Doença de Chagas; Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV;

o. Gemelaridade anterior;

p. Fatores socioeconômicos (Grau de instrução; Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco); Estado civil/união; Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico); Renda familiar; Pessoas da família com renda; Condições de moradia (tipo, nº de cômodos); Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); Distância da residência até a unidade de saúde;

q. Atividade sexual;

r. Uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas;

s. História infecciosa prévia;

t. Vacinações prévias;

u. História de violências.

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser



questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas.

É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto na Caderneta da Gestante. **Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado.**

As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades:

- Preenchimento do Caderneta da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto;
- Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário;
- Solicitação dos exames de rotina (Quadro 4);
- Realização dos testes rápidos (gestante e parceiro);
- Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.

Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque na Caderneta da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal.

5.1.2 Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso, altura e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica conforme as diretrizes para o rastreamento do colo do útero, exame clínico das mamas e toque vaginal (somente se indicação clínica) de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireóide, das mamas, dos pulmões, do coração, abdome e das extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino. Após a 12^a semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 12^a semana, com o sonar-doppler.

Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se



avaliar a mama para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana.

Exame físico específico (gineco-obstétrico):

- Palpação obstétrica;
- Medida e avaliação da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Registro dos movimentos fetais;
- Exame clínico das mamas;
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico).

Obs:.. O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual do MS e ser garantido o que esta estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

5.1.3 Exames complementares

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue tanto os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, quanto a realização dos exames clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a interpretação dos dados e a comparação entre eles.

Quadro 04: Padronização de exames da rede municipal de Angra dos Reis

Rotina de exames				
Exame	Período	Interpretação	O que fazer?	Observações
Hemograma Completo	1ª consulta e 3º trimestre	Hb \geq 11 g/dL ▶ ausência de anemia	• Suplementação de ferro após a confirmação da gravidez até 03 meses pós-parto.	
		Hb 8-11g/dL ▶ anemia leve à moderada	• Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar as parasitoses, se presentes. • Tratar anemia. (Quadro 12)	
		Hb <8 g/dL ▶ anemia grave	• Referir e vincular gestante ao pré-natal de alto risco.	
Tipagem sanguínea e fator Rh	1º trimestre	RH negativo	• Solicitar coombs indireto	Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
		RH positivo	• Orientar sobre a ausência de risco para o bebê	



Coombs indireto	A partir da 24^a semanas (Se RH negativo ou em caso de hidropsia fetal)	Coombs indireto negativo	<ul style="list-style-type: none"> Repetir exame de 4/4 semanas a partir de 24 semanas de IG. Aplicar na maternidade imunoglobulina anti-D em até 72 horas pós- parto.
		Coombs indireto positivo	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar o cuidado com o Pré-Natal de Alto Risco.
Glicemia de jejum	1º trimestre e 3º trimestre	<92mg/dL ► exame normal	<ul style="list-style-type: none"> Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes. Atenção para gestantes com fatores de risco para diabetes.
		92-125mg/dL ► exame alterado	<ul style="list-style-type: none"> Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
		≥126mg/dL ► exame alterado	<ul style="list-style-type: none"> Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o Pré-natal de alto risco. Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez. ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
TOTG (Teste Oral de Tolerância a glicose) com	2º trimestre (24-28 semanas)	Diagnóstico prévio de diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Não realizar TOTG.



75g de dextrosol Jejum, 1 ^a e 2 ^a hora		Jejum < 92 mg/dL e 1 hora < 180 mg/dL e 2 horas < 153 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> Se exames anteriores normais: ausência de diabetes. ▶ manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes.
		Jejum 92-125mg/dL ou 1 hora ≥ 180 mg/dL ou 2 horas ≥ 153 199 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus gestacional ▶ compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
		Jejum ≥ 126 mg/dL ou 2 horas ≥ 200 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez. ▶ compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Hormônio da Tireoide (TSH)	1° e 3° trimestre	0,1 - 2,5	Sem alterações
		Entre 2,5 e 4	Solicitar anti-TPO
		≥ 4	Iniciar Levotiroxina
Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL	1°, 2° e 3° trimestre	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> Normal. Orientar uso de método de barreira e manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes.
		Positivo	<ul style="list-style-type: none"> Realizar notificação e iniciar tratamento conforme Quadro 10.
FTA-Abs		É utilizado para confirmação de diagnóstico de sífilis.	
Teste rápido diagnóstico anti-HIV ou Anti-HIV	1°, 2° e 3° trimestre	NR- considerar exame negativo para HIV	<ul style="list-style-type: none"> Normal. Orientar uso de método de barreira e manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes.
		Reagente: realizar TR2, se TR2 reagente▶ amostra positiva para HIV	<ul style="list-style-type: none"> Reagente em duas amostras, realizadas por metodologias diferentes realizar notificação, encaminhar para Pré-natal de Alto Risco e para Serviço de Assistência



			Especializada HIV/AIDS (CEM Centro).
Toxoplasmose IgM e IgG	1º, 2º e 3º trimestre	IgG positivo e IgM negativo ▶ gestante com imunidade; com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir sorologia no 3º Trimestre.
		IgG negativo e IgM negativo ▶ gestante suscetível	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas de prevenção primária. • Manter o monitoramento mensal de exames até o momento do parto.
		IgG positivo e IgM positivo ▶ infecção aguda ou IgM residual	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar teste de avides de IgG se IG <16 semanas.
		IgG não reagente e IgM reagente ▶ Infecção muito recente ou IgM falso positivo Não são requeridos exames de avides após a 16ª semana de gestação pois a avides alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para PN de Alto Risco. • Iniciar tratamento imediatamente. • Repita a sorologia em 3 semanas, se IgG positiva: confirma-se a infecção. Mantenha o esquema iniciado.
Teste de avides de IgG para toxoplasmose	1º, 2º e 3º trimestre	Se alta avides e IG < 16 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • É provável que a doença tenha sido adquirida previamente à gestação, IgM residual.



		Se baixa avidéz e IG < 16 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Existe a possibilidade da infecção ter sido na gestação. Notificar e iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
		Se IG > 16 semanas- Independente do teste de avidéz	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção aguda. Notificar, iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Teste rápido para hepatite B e sorologia para Hepatite B (HbsAg)	1º, 2º e 3º trimestre	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. • Avaliar cartão de vacina para Hepatite B.
		Positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e encaminhar para o Serviços Especializado (Secretaria de Saúde-CEREST).
Teste rápido e Sorologia para hepatite C (HCV)	1º e 3º trimestre	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto.
		Positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Notificar e encaminhar para Serviço Especializado (Secretaria de Saúde-CEREST).
Exame de urina e urocultura	1º, 2º e 3º trimestre	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto.
		Positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar conforme antibiograma e controle de cura (Repetir após 7 dias do término do tratamento)
Citopatológico de colo de útero			<ul style="list-style-type: none"> • A coleta do Papanicolaou está indicada para as mulheres acima de 25 anos, de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero.
Exame de secreção vaginal			<ul style="list-style-type: none"> • Se houver indicação clínica.



Parasitológico de fezes		<ul style="list-style-type: none"> Se houver indicação clínica 	
Eletroforese de hemoglobina	1ª consulta	<p>HbAA ► sem doença falciforme ► gestante sem doença falciforme</p> <p>HbAS ► traço falciforme Sem doença falciforme</p> <p>HbAC ► heterozigose para hemoglobina C - Sem doença falciforme</p> <p>HbA com variante qualquer ► sem doença falciforme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco. As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Primária.
		<p>HbSS ou HbSC ►doença falciforme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Proteinúria de 24hrs	Para gestantes com hipertensão na gravidez	<p>Ausência: < 10 mg/dl</p>	<ul style="list-style-type: none"> Valor normal.
		<p>>ou=300mg/dl/24hrs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alterado.

Pesquisa de anticorpos antiHTLV1 e HTLV2	1º trimestre	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> Pré-natal de rotina.
		Positivo	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhar inibição da lactação. Encaminhar criança para diagnóstico e tratamento. Encaminhar parceiro sexual para triagem sorológica. Orientar o uso do preservativo.
Ultrassonografia	Obstétrica Transvaginal até 14 semanas	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar se a gravidez é mesmo intrauterina, confirmar número de conceptos, usar de referência para datação da gestação, verificar vitalidade 	



		do embrião.
	Morfológico 2º Trimestre 20-24 semanas*	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da morfologia fetal; realização de biometria fetal e avaliação do crescimento fetal quando dispomos de exame anterior (Primeiro trimestre) e avaliação da placenta e do líquido amniótico.
	Obstétrica do 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none">• Estimativa de peso e crescimento; avaliação do líquido amniótico.

* Os exames de USG morfológica conforme Portaria nº 063 publicada em BO nº 1394 de 08 de Outubro de 2021 deverão ser solicitados pelos médicos ginecologistas/ obstetras que realizam pré-natal de Alto Risco ou devidamente justificados em razão de alteração materno/fetais. Orientamos que para solicitação da Ultrassonografia morfológica do segundo trimestre seja realizada conforme o Protocolo de acesso aos exames vigente do setor de Regulação.

Em todas as consultas os profissionais devem realizar estratificação de risco avaliar a presença de sinais de alerta. Estes estão diretamente relacionados à boa anamnese e ao bom exame físico. Não se pode descartar ou negligenciar nenhum item que deve ser avaliado na consulta de pré-natal.

Abaixo relaciona-se os sinais indicativos para encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica:

- Síndromes hemorrágicas (Ver Síndromes hemorrágicas);
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110) - iniciar tratamento com antihipertensivo na unidade de saúde (Ver Síndromes Hipertensivas);
- Suspeita de pré-eclâmpsia (Ver Síndromes Hipertensivas);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ ou varicosidade aparente);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.;
- Perda de líquido amniótico, confirmada por exame especular ou por diagnóstico por USG de oligoidramnio moderada ou severa, independente da coloração visualizada; Índice de Líquido Amniótico (ILA) $<$ 5 cm ou medida de maior bolsão de líquido amniótico $<$ 2 cm;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);



- Suspeita ou confirmação de incompetência Istmo Cervical (história de partos prematuros), entre 12^a e 16^a semana de gestação, para avaliação quanto à realização de cerclagem;
- Febre, sem conhecimento da causa;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Suspeita ou confirmação de óbito fetal;
- Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12 hs, em gestação com mais de 26 semanas;
- Contrações regulares
- Idade gestacional ≥ 41 semanas;
- Suspeita de Doença Inflamatória Pélvica;
- Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica;
- Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação);
- Trauma abdominal;
- Prolapso de cordão;
- Agudização de doença falciforme;
- Sinais ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso ou febre ou sinais de infecção grave;
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica.

6. AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

Os sintomas da gravidez diferem de mulher para mulher. Algumas mulheres são mais sensíveis às mudanças hormonais ou possuem condições que favorecem a exacerbação de determinados sintomas. Durante as consultas de pré-natal os profissionais devem avaliar todos os sintomas buscando adotar as medidas necessárias para seu controle e, se necessário, o encaminhamento para acompanhamento em serviço especializado.

As queixas comuns na gestação frequentemente se associam às adaptações do organismo ao período gravídico. Em muitos casos, exibem melhora com orientação emocional ou medidas sintomáticas. É fundamental orientar as gestantes que procurem orientação do enfermeiro, médico ou dentista de referência para o manejo desses sintomas.



Quadro 5: Queixas mais comuns na gestação

Sintomas	Descrição	Orientações e Medicamentos
Nausea e vômitos	Sintoma mais frequente no início da gestação. Cerca de 1 a 3% desses sintomas podem evoluir para hiperemese gravídica. Esses sintomas tendem a melhorar após o primeiro trimestre, mas em 20% das mulheres podem persistir até o final da gestação.	Evitar o jejum prolongado com dieta fracionada (de cinco a seis refeições por dia). Medicamentos: Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea. Podem ser utilizados de forma segura: antieméticos (metoclopramida 10 mg, três vezes ao dia, bromoprida 10 mg, duas a três vezes ao dia, dimenidrato 50 mg, de três a quatro vezes ao dia), anti-histamínicos (prometazina 25 mg, de 3 a 4 vezes ao dia, meclozina 25-50mg, de três a quatro vezes ao dia), piridoxina (vitamina B6), 40 mg, de duas a três vezes ao dia). A administração de gengibre em cápsulas (250 mg, quatro vezes ao dia) também tem se mostrado eficiente para reduzir náuseas e vômitos.
Sialorréia ou ptialismo	Algumas gestantes referem aumento da salivagem no decorrer do pré-natal. Isso pode estar associado ao consumo de amido, ao estímulo do ramo trigêmeo e à hipertonia vagal. Geralmente, existe um fundo psicológico associado a esse sintoma.	Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.
Pirose	Sintoma causado pelo refluxo gastroesofágico, comum principalmente no final da gravidez, devido à compressão do estômago pelo útero gravídico.	Avaliar sempre: Sintomas iniciados antes da gravidez; Uso de medicamentos; História pessoal e familiar de úlcera gástrica Orientações: Evitar o decúbito horizontal logo após as refeições; Fracionar a dieta, evitando a



		<p>ingestão de alimentos como café, chá, chocolate e frituras, normalmente são suficientes.</p> <p>Medicamentos: Nos casos mais graves, a utilização de hidróxido de alumínio (230 mg) ou de magnésio (300 mg), 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições, isolados ou combinados. Bloqueadores H2 (Ranitidina 150 mg, uma a duas vezes ao dia) podem ser prescritos. Se não houver melhora, inibidores da bomba de prótons (Omeprazol 20 mg, uma vez ao dia) também podem ser utilizados.</p>
Sensação de plenitude	Também é frequente no final da gestação pela compressão do estômago pelo útero gravídico.	Orienta-se dieta fracionada com menor volume de alimento em alguns casos, sugerindo a ingestão de substâncias pastosas, não deitar após as refeições, assim como a não ingestão de líquidos na refeição.
Constipação	Queixa comum da gestante durante o pré-natal e deve-se à lentificação do trânsito intestinal, própria desse período.	Orientar quanto o aumento da ingestão de líquidos; Suplementação dietética com fibras vegetais; Fazer caminhadas leves (não havendo contra-indicações) Se não houver resposta à suplementação com fibras, podem ser utilizados dimeticona 40 mg, duas a três vezes ao dia, para gases, hioscina 10 mg, três vezes ao dia, para cólicas ou supositório de glicerina.
Hemorroidas	O aumento do volume uterino, que comprime a veia cava inferior e dificulta o retorno venoso, associado à constipação, favorece a dilatação das veias retais, levando ao aparecimento de hemorroidas.	Tratamento consiste na prevenção da constipação, uso de anestésicos locais e, nos casos de trombose da veia retal, retirada desta com anestesia local. Evitar esforço às evacuações Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contra-indicados. Diante da ocorrência de complicações a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência.



Picamalácia	A picamalácia é caracterizada pelo desejo de ingerir substâncias atípicas.	Orientar a gestante mostrando o risco de tal atitude no evoluir normal da gravidez, favorecendo a anemia, interferindo na absorção de nutrientes e facilitando o aparecimento de parasitoses.
Fraquezas, desmaios, tonturas e vertigens	Esses sintomas aparecem devido à vasodilatação e à hipotonia vascular, comuns na gestação, principalmente no segundo trimestre, pela estase sanguínea nos membros inferiores e pelve e, em algumas situações, pela hipoglicemia em períodos de jejum prolongado. A hipotensão supina que ocorre no terceiro trimestre deve-se à compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico.	A simples orientação de, nessas ocasiões, manter-se deitada do lado esquerdo até o cessar dos sintomas, além de adotar uma dieta fracionada e manter-se em ambientes arejados costumam ser tratamentos efetivos. Evitar jejum prolongado; Ingerir líquidos; Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.
Varicosidades	Assim como as hemorróidas, as varizes podem aparecer principalmente no final da gravidez e devem-se à dificuldade do retorno venoso imposto pela compressão do útero gravídico à veia cava inferior. Variam desde a sensação de desconforto ao final do dia até casos mais graves, como trombose e tromboflebite. Manifestam-se nos membros inferiores e na vulva.	Orientar quanto ao repouso, com os membros superiores elevados e utilização de meias elásticas. Nos casos mais graves, encaminhar para serviço de referência para parecer do especialista.
Edema	Uma das queixas mais comuns das gestantes na segunda metade da	A conduta baseia-se em medidas paliativas, como evitar tempos prolongados na posição



	gravidez ocorre devido ao aumento da volemia e da estase sanguínea, com aumento da permeabilidade capilar e da pressão intravascular.	ortostática, repouso periódico em decúbito lateral esquerdo e, novamente, uso de meias elásticas e drenagem linfática. ATENÇÃO: Não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez. Na presença de edema associado a hipertensão ou ganho de peso, edema generalizado ou edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos (suspeita de TVP) encaminhar para urgência obstétrica.
Cãimbras	Sintoma de etiologia incerta, ocorre provavelmente devido ao desequilíbrio iônico de cálcio e fósforo. É mais frequente à noite ou pela manhã.	Sintoma de etiologia incerta, ocorre provavelmente devido ao desequilíbrio iônico de cálcio e fósforo. É mais frequente à noite ou pela manhã.
Dor em baixo ventre ou Lombalgia	Quadro de dor abdominal baixa e lombossacra que resulta da distensão das articulações sacroilíacas e da sínfise púbica.	Seu manejo consiste em corrigir a postura, evitar o ortostatismo prolongado, realizar exercícios de relaxamento, como ioga e hidromassagem, acupuntura e analgésicos. ATENÇÃO: Em casos de dor em baixo ventre de intensidade, duração sugestivas de contração; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos ou de abdome agudo (MS, 2017). Encaminhar para avaliação de urgência.
Queixas urinárias	Representados pela polaciúria e pela nictúria sem disúria, no primeiro trimestre devem-se à compressão do útero na bexiga, e, no final da gravidez, à compressão da apresentação fetal.	Em caso de Disúria ver orientações para ITU.
Sonolência e insônia	A sonolência é um sintoma sem etiologia conhecida, muito frequente e que não	Em casos de insônia: orientar sobre mudanças de hábitos relacionados ao sono. O estabelecimento de rotinas antes



	<p>necessita de tratamento. A insônia pode ocorrer em gestantes mais ansiosas, pelo medo e pelas incertezas que as mudanças da gravidez podem trazer para a vida cotidiana.</p>	<p>de dormir, evitar consumo de alimentos e bebidas com cafeína e realizar exercícios leves.</p>
<p>Síndrome do túnel do carpo</p>	<p>Síndrome que ocorre devido ao edema do túnel do carpo, de etiologia não perfeitamente conhecida. Sua incidência varia de 25 a 50%. Os sintomas são dores nas mãos e parestesia à noite e no início da manhã. Costuma ser autolimitada, com melhora dos sintomas em 60% das pacientes 30 dias após o parto e em 95% 1 ano depois.</p>	<p>O tratamento conservador é feito com imobilização da mão com tala. O tratamento cirúrgico reserva-se aos casos mais graves e, geralmente, não é realizado durante a gestação.</p>
<p>Congestão nasal e epistaxe</p>	<p>Devido à produção aumentada de hormônios esteroides, que levam à vasodilatação e ao aumento da vascularização da mucosa nasal, surge o desconforto da congestão nasal.</p>	<p>Congestão nasal: uso de soro fisiológico. Epistaxe: costuma ser resolvida com leve compressão local.</p>
<p>Gengivorragia</p>	<p>Decorrente da mesma forma da congestão da mucosa oral. Em alguns casos, pode levar a doença periodontal por hipertrofia gengival.</p>	<p>A higiene bucal adequada, com escova de cerdas macias, é o tratamento preconizado.</p>
<p>Corrimento</p>	<p>O corrimento fisiológico da gravidez consiste em conteúdo vaginal de consistência fluida que não causa</p>	<p>Tal situação não requer tratamento, o qual se reserva ao aparecimento de infecções causadas por cândida ou vaginose bacteriana, nesses casos ver</p>



	irritação e deve -se à modificação da flora de Doderlein, maior descamação do epitélio vaginal e transudação acentuada.	orientações para IST's.
Cefaléia	Diante de relatos de dores de cabeça o profissional deve afastar as hipóteses de HAS e pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: Sinais de cefaleia secundária; Sintomas antes da gravidez; Diagnóstico prévio de enxaqueca; Uso de medicamentos.	Orientar repouso; Possibilitar que a gestante exponha suas tensões. Se dor recorrente, orientar sobre os sinais de alerta. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol 500 mg ou 750 mg, quatro vezes ao dia.
Cloasma Gravídico	Trata-se do aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face. Essa alteração ocorre em aproximadamente 60% das gestantes.	Geralmente regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. Esclarecer que as manchas são comuns durante a gravidez. Orientações: Evitar exposição direta ao sol; Utilizar filtro solar.
Mastalgia	Queixa frequente no início da gestação e no período próximo ao parto.	Realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Avaliar: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.

Fonte: Rio de Janeiro. Protocolo Estadual de Atenção ao Pré Natal Risco habitual-livro eletrônico. SES, 2020

6.1. Síndromes Hipertensivas na Gestação

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o agravo mais frequentemente em gestantes, sendo uma das principais causas de morbimortalidade. Portanto, por apresentar risco é necessário, que uma vez identificada no pré-natal, a gestante seja referenciada para acompanhamento no serviço de pré-natal de alto risco.

A hipertensão arterial na gravidez tem como conceito a presença de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mm Hg na pressão sistólica, e



iguais ou maiores que 90 mm Hg na pressão diastólica mantidos em 2 ocasiões e resguardado um intervalo de 4 horas entre as mensurações.

A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. Existem vários fatores que aumentam o risco da gestante ter hipertensão arterial: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade. Outros sinais de alerta para o aparecimento da hipertensão são: IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos, uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso. (FEBRASGO, 2017).

Diagnóstico

É fundamental classificar a síndrome hipertensiva, diferenciando-se a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica pré-existente.

Segundo as “VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia.

Hipertensão arterial crônica

Estado hipertensivo registrado antes do início da gestação ou que antecede a 20^a semana de gravidez. Esta condição não está associada a proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e que persiste depois de 12 semanas após o parto.

Hipertensão gestacional

É a hipertensão arterial que ocorre após a 20^a semana da gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes.

Diante dos conceitos atuais sobre o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria, é preciso estar sempre atento à possibilidade de evolução desfavorável de casos inicialmente diagnosticados como hipertensão gestacional, pois até 25% dessas pacientes apresentarão sinais e/ou sintomas relacionados a pré-eclâmpsia, alterando-se, portanto, o seu diagnóstico.

Pré-eclâmpsia

Aparecimento de hipertensão arterial acompanhado de proteinúria (300 mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa.

Nos casos de ocorrência anterior a 20^a semanas de gestação investigar a possibilidade de doença trofoblástica gestacional e hidropsia fetal.

Importante mencionar que o edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico. Embora classicamente associada, a presença de proteinúria não é mandatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.



Assim, deve-se admitir o diagnóstico da doença se a manifestação de hipertensão arterial após a 20^a semana estiver acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema agudo de pulmão, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia), mesmo na ausência de proteinúria.

Além disso, a associação de hipertensão arterial com sinais de comprometimento placentário, como restrição de crescimento fetal e/ ou alterações dopplervelocimétricas, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria.

Eclâmpsia

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

Pré-eclâmpsia sobreposta à HAS crônica

É definida pela elevação aguda da PA, e dos valores de proteinúria, aparecimento de trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia que devem ser identificados pela equipe multiprofissional

- PAD >110mmhg ou PAS > 160mmHg;
- Proteinúria de 24h > 3g;
- perda progressiva da função renal: - oligúria (menor do que 500mL/24h), e aumento da creatinina sérica (especialmente > 2mg/dL);
- disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP);
- dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática);
- sinais de hemólise microangiopática, hiperbilirrubinemia (direta);
- aumento da desidrogenase láctica (DHL > 600U/l);
- hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos);
- plaquetopenia (< 100.000/mm³);
- eclâmpsia.

Prevenção da Pré-eclâmpsia

De acordo com a análise dos fatores de risco, recomenda-se o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg/dia, à noite, iniciado antes de 16^a semana de gestação até 36 semanas; além do cálcio até o parto (suplementação mínima de 1g/dia) (Manual Gestação de Alto Risco, 2022). O quadro abaixo traz os principais fatores de risco associado a PE. Diante de um fator de alto risco ou da combinação de dois fatores de risco moderados, deve-se iniciar a prevenção com AAS e cálcio.



Quadro 6: Fatores associados a Pré-eclâmpsia

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (ex.: lúpus, síndrome antifosfolípide)
Moderado	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs)
	Baixo nível socioeconômico
	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

Fonte: Adaptado de PERAÇOLI et al, 2020

Tratamento

- Agudo: urgência ou emergência hipertensiva; requer hospitalização, monitoramento intensivo, antecipação do parto e administração parenteral de antihipertensivos (hidralazina) e/ou de sulfato de magnésio (prevenção da eclâmpsia, grau de recomendação A).

- A longo prazo: para gestantes com pré-eclâmpsia com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato. Indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral.

Alfametildopa permanece sendo a droga de primeira escolha no Brasil. Recomenda-se doses de 750mg à 2.000mg ao dia, divididas no mínimo em duas tomadas.

Quanto aos bloqueadores de canais de cálcio, preconiza-se a utilização da anlodipina ou da nifedipina de liberação lenta como drogas auxiliares em situações em que se faz necessária a prescrição de mais drogas. Os betabloqueadores (metoprolol, pindolol e oxprenolol) são mantidos como drogas de segunda ou terceira opção para hipertensão, durante a gestação. A hidralazina por via oral se apresenta como um hipotensor



fraco. Na prática clínica atual é uma medicação de prescrição rara em obstetrícia, exceto nas crises hipertensivas em sua apresentação intravenosa. Os diuréticos tiazídicos são drogas consideradas seguras na gestação e atualmente são consideradas uma alternativa, exceto no período de lactação. Fármacos que interferem na ação da angiotensina, como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os bloqueadores do receptor de angiotensina II, não devem, de forma alguma, ser utilizados na gestação, podendo ser utilizados no puerpério, incluindo o período de lactação.

Quadro 7: Medicções anti-hipertensivas mais utilizadas na gestação

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpaticolíticos de ação central, α 2-agonistas	Metildopa comprimidos de 250 e 500mg	750 a 2.000mg/dia 2 a 4x/dia
	Clonidina Comprimidos de 0,1 e 0,2mg	0,2 a 0,6mg/dia 2 a 3x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard Comprimidos de 10 e 20mg	20 a 120mg/dia 1 a 3x/dia
	Nifedipino de liberação rápida Comprimidos de 10 e 20mg	20 a 60mg/ dia 2 a 3x/dia
	Anlodipino Comprimidos de 2,5, 5 e 10mg	5 a 20mg/dia 1 a 2x/dia
Vasodilatador periférico	Hidralazina Drágeas de 25 e 50mg	50-150mg/ dia 2 a 3x/dia
β -bloqueadores	Metoprolol Comprimidos de 25, 50 e 100mg	100 a 200mg/dia 1 a 2x/dia
	Pindolol Comprimidos de 5 e 10mg	10 a 30 mg/dia 2 a 3x/dia
	Carverdilol Comprimidos de 6,25 e 12,5 mg	12,5 a 50mg/dia 1 a 2x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por dois dias e a partir de então aumentar a dose

Fonte: PERAÇOLI, 2020

Atribuição da Atenção Primária à Saúde

Os profissionais de saúde que atendem pré-natal na **atenção primária** devem estar atentos aos fatores predisponente ao aparecimento da hipertensão na gestação ou ao agravamento de condição hipertensiva pré-existente.

A gestante identificada como hipertensa na APS, em qualquer das categorias de síndrome hipertensiva supra-relacionadas, deverá ser estratificada como gestante de alto risco, devendo ser vinculada para realização de pré-natal e do parto em serviço de referência para gestação de alto risco.

Iniciar tratamento anti-hipertensivo, ainda na APS, quando indicado,



concomitante ao encaminhamento para o serviço especializado, conforme as orientações aqui elencadas.

Vale reforçar que, mesmo após o encaminhamento para serviço de atenção à gestação de alto risco, **a equipe de saúde da unidade básica continuará responsável pelo cuidado a esta gestante.**

Recomenda-se realizar acompanhamento do estado nutricional e ganho ponderal da gestante, por meio de curvas de IMC específicos para esta população, incluindo orientações sobre alimentação equilibrada, com a finalidade de redução do risco de hipertensão e diabetes durante o ciclo grávido - puerperal (TABELA 1).

Tabela 1: Avaliação nutricional da gestante conforme o IMC e a idade gestacional

Semana Gestacional (número da semana)	Baixo peso (IMC)	Adequado (IMC entre)	Sobrepeso (IMC entre)	Obesidade (IMC)
6	19,9	20,0-24,9	25,0-30,0	30,1
8	20,1	20,2-25,0	25,1-30,1	30,2
10	20,2	20,3-25,2	25,3-30,2	30,3
11	20,3	20,4-25,3	25,4-30,3	30,4
12	20,4	20,5-25,4	25,5-30,3	30,4
13	20,6	20,7-25,6	25,7-30,4	30,5
14	20,7	20,8-25,7	25,8-30,5	30,6
15	20,8	20,9-25,8	25,9-30,6	30,7
16	21,0	21,1-25,9	26,0-30,7	30,8
17	21,1	21,2-26,0	26,1-30,8	30,9
18	21,2	21,3-26,1	26,2-30,9	31,0
19	21,4	21,5-26,2	26,3-30,9	31,0
20	21,5	21,6-26,3	26,4-31,0	31,1
21	21,7	21,8-26,4	26,5-31,1	31,2
22	21,8	21,9-26,6	26,7-31,2	31,3
23	22,0	22,1-26,8	26,9-31,3	31,4
24	22,2	22,3-26,9	27,0-31,5	31,6
25	22,4	22,5-27,0	27,1-31,6	31,7
26	22,6	22,7-27,2	27,3-31,7	31,8
27	22,7	22,8-27,3	27,4-31,8	31,9
28	22,9	23,0-27,5	27,6-31,9	32,0
29	23,1	23,2-27,6	27,7-32,0	32,1
30	23,3	23,4-27,8	27,9-32,1	32,2
31	23,4	23,5-27,9	28,0-32,2	32,3
32	23,6	23,7-28,0	28,1-32,3	32,4
33	23,8	23,9-28,1	28,2-32,4	32,5
34	23,9	24,0-28,3	28,4-32,5	32,6
35	24,1	24,2-28,4	28,5-32,6	32,7
36	24,2	24,3-28,5	28,6-32,7	32,8
37	24,4	24,5-28,7	28,8-32,8	32,9



38	24,5	24,6-28,8	28,9-32,9	33,0
39	24,7	24,8-28,9	29,0-33,0	33,1
40	24,9	25,0-29,1	29,2-33,1	33,2
41	25,0	25,1-29,2	29,3-33,2	33,3
42	25,0	25,1-29,2	29,3-33,2	33,3

6.2 Diabetes na Gestação

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir após o parto. Sua prevalência é variável, dependendo dos critérios diagnósticos empregados e da população estudada. No Brasil, em torno de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional; no entanto, em virtude do aumento da prevalência de fatores de risco na população em geral, como Diabetes Mellitus tipo II, idade materna e obesidade, é provável que este número seja maior.

O risco de desfechos adversos maternos, fetais e neonatais aumenta com a elevação da glicemia materna. As complicações gestacionais mais frequentemente associadas ao diabetes gestacional são: a cesariana, pré-eclâmpsia; prematuridade, macrossomia, distocia de ombro do recém-nascido, hipoglicemia neonatal e morte perinatal. Além dos casos de pacientes com DMG, há, ainda, os casos de gestação que ocorrem em mulheres portadoras de diabetes tipo 1, tipo 2 ou outros subtipos. Nesses casos, a gravidez deve ser programada para quando a gestante portadora de DM estiver apresentando hemoglobina glicada (HbA1C) normal (< 7,0%) ou, no máximo, até 1,0% acima do valor de referência do laboratório, com o objetivo de prevenir malformações fetais. Inclusive, para estas pacientes, o uso do ácido fólico está recomendado desde o período pré-concepcional até o fechamento do tubo neural, em torno da 12^a semana de gestação. Ademais, a avaliação e estabilização das complicações crônicas do diabetes, caso presentes, devem ser feitas antes da concepção.

O diabetes mellitus associado à gravidez pode ser classificado como (Modificado de ADA, 2016):

- I.** Diabetes tipo 1: destruição das células β , usualmente levando à deficiência completa de insulina
 - A.** Autoimune
 - B.** Idiopático
- II.** Diabetes tipo 2: graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina
- III.** Diabetes Gestacional
- IV.** Outros tipos específicos
 - Defeitos genéticos da função das células β
 - Defeitos genéticos da ação da insulina
 - Doenças do pâncreas exócrino
 - Endocrinopatias
 - Indução por drogas ou produtos químicos



- Infecções
- Formas incomuns de diabetes imunomediado

Fatores de risco para o desenvolvimento do DMG:

- Idade (aumento progressivo do risco com o aumento da idade)
- Sobrepeso, obesidade ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$)

Antecedentes pessoais de alterações metabólicas:

- $HbA1c \geq 5,7\%$
- Síndromes dos ovários policísticos
- Hipertrigliceridemia
- Hipertensão arterial sistêmica
- Acantose nigricans
- Doença cardiovascular aterosclerótica
- Uso de medicamentos hiperglicemiantes

Antecedentes obstétricos:

- Duas ou mais perdas gestacionais prévias
- Diabetes Mellitus gestacional
- Polidrâmnio
- Macrossomia (recém-nascidos anterior com peso $\geq 4000\text{g}$)
- Óbito fetal/neonatal sem causa determinada
- Malformação fetal

Diagnóstico

O rastreamento para DMG deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal (BRASIL, 2012), independente de histórico prévio de diabetes. (SBD, 2014).

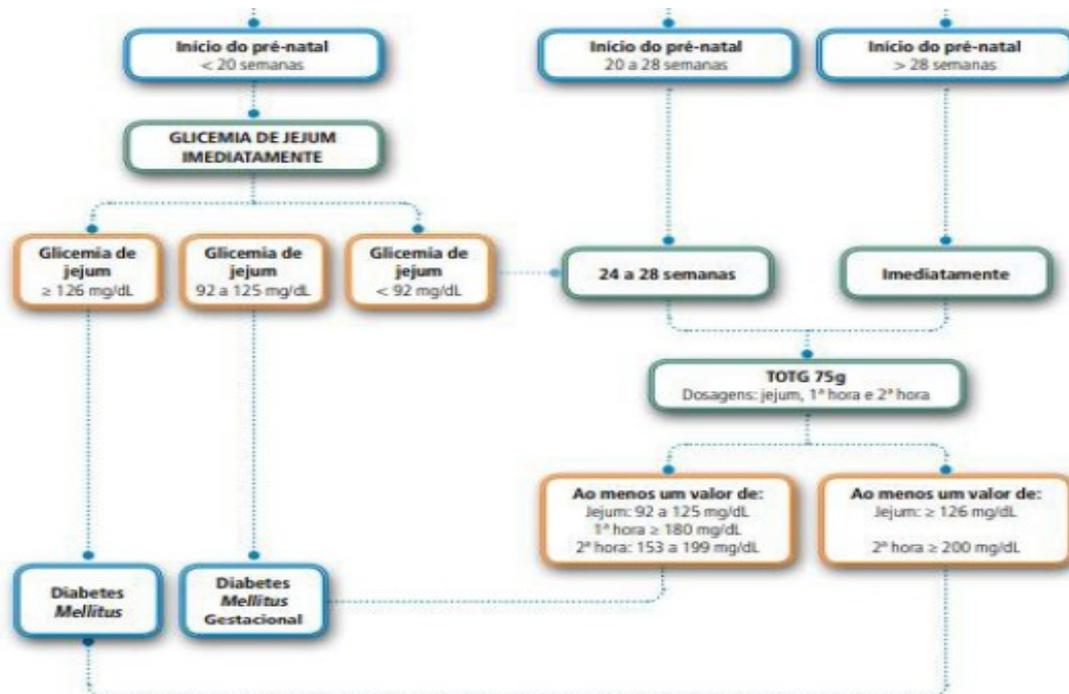
Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, ocorrendo a suspeita clínica a partir de fatores de risco.

A dosagem da glicemia de jejum deve ser solicitada a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o DMG, independentemente da presença de fatores de risco. O rastreamento deve ser explicado a paciente e seu acompanhante informando riscos, benefícios e as possíveis complicações da diabetes.

Nos fluxogramas 2 apresentamos duas estratégias de diagnóstico de DMG propostas pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS:



Fluxograma 2- Fluxograma para diagnóstico do diabetes mellitus na gestação



Fonte: Retirado de OPAS; BRASIL (2017)

Diagnóstico a DM a gestante deve ser encaminhada ao PN de Alto Risco, alguns exames laboratoriais complementares devem ser solicitados ainda na unidade básica de saúde, no sentido de não se perder tempo, quando da avaliação na unidade de alto risco:

- Creatinina sérica e clearance de creatinina;
- TSH;
- Urina tipo I (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura;
- Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria;
- Ultrassonografia obstétrica no 1º trimestre, para determinação da idade gestacional, e ultrassonografia morfológica, entre 18-22 semanas, para rastrear malformações fetais (quando houver suspeita de malformação cardíaca, complementar com ecocardiografia fetal).

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção à mulher com Diabetes Mellitus pré-existente ou com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

As equipes da APS devem estar atentas para identificação das mulheres diabéticas que planejam engravidar, visando à compensação metabólica, pré-concepção, assim como a avaliação da presença de complicações crônicas da doença e orientação especializada, com a finalidade de prevenção de malformações fetais, incluindo, ainda, o uso rotineiro de ácido fólico. (BRASIL, 2012).

É importante que essas mulheres engravidem com níveis glicêmicos



adequados, com o objetivo de prevenir as malformações fetais associados à hiperglicemia periconcepcional, bem como as demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez, sendo que as mulheres diabéticas com nefropatia ou vasculopatia devem ser orientadas a não engravidar. (BRASIL, 2012).

Recomenda-se realizar acompanhamento do estado nutricional e ganho ponderal da gestante, por meio de curvas de IMC específicos para esta população, incluindo orientações sobre alimentação equilibrada, com a finalidade de redução da morbimortalidade materno-infantil.

Toda gestante com diagnóstico confirmado de Diabetes deve ser encaminhada para realização de pré-natal e parto em serviço de referência para gestação de alto risco. No entanto, a equipe da APS deve manter acompanhamento na unidade de origem, objetivando maior controle e aderência aos tratamentos preconizados pela equipe do ambulatório de alto risco, bem como para as demais orientações em saúde.

A maioria das gestantes com DMG responde bem somente à dieta e aos exercícios físicos. Portanto, a equipe da APS deve orientar e incentivar a gestante, principalmente as sedentárias, a iniciar um programa de caminhadas regulares. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente devem ser incentivadas a mantê-los, evitando os de alto impacto. (BRASIL, 2012)

É necessária a monitorização das glicemias capilares de jejum, pré e pós prandiais, em média 7 vezes por dia. Na gestação, para a glicemia plasmática e/ou capilar de jejum espera-se valores inferiores a 95mg/dL, para as glicemias de uma hora pós-prandial, inferior a 140mg/dL e para as glicemias de duas horas pós-prandial, inferior a 120mg/dL. O exame pré-prandial é recomendado para ajustes na insulina rápida ou ultrarápida, enquanto o pós prandial está relacionado com melhor controle glicêmico e menor risco de pré eclampsia. (Ministério da Saúde, 2022)

Orientação Dietética

- O valor calórico total prescrito deve ter 40% a 45% de carboidratos (exceto os de absorção rápida), 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de gorduras sais minerais e vitaminas, em quantidades adequadas. (SBD, 2014)

- A quantidade de quilocalorias deve ser calculada utilizando o peso da gestante, por ocasião do ingresso ao pré-natal. Para cada quilo de peso se oferecem 30kcal por dia (com limites de 1.800 a 3.000), divididas em sétimos, pois a gestante deverá fracionar as calorias em cinco partes do dia.

De rotina, oferece-se um sétimo a cada refeição pequena (café da manhã, lanche da tarde e ceia), e dois sétimos nas refeições maiores (almoço e jantar). (FEBRASGO, 2011). Exemplo: Gestante com 70 Kg. Multiplica por 30kcal = 2.100 kcal por dia. Divide por 7 = 300 Kcal por refeição. Então, multiplica 300 kcal por 2= 600 Kcal nas duas refeições maiores (almoço e jantar) e 300Kcal a cada refeição pequena (café da manhã, lanche da tarde e ceia).

- O cálculo do valor calórico total da dieta pode ser feito também de



acordo com o Índice de Massa corporal (IMC) e visa a permitir ganho de peso em torno de 300 g a 400 g por semana, a partir do segundo trimestre de gravidez. (SBD, 2014)

- Adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acesulfame-K e sucralose) podem ser utilizados com moderação(SBD, 2014).

Alertar às gestantes em insulinoterapia sobre o risco de hipoglicemia, em especial durante a noite e madrugada e estabelecer medidas de prevenção. Orientar seus parceiros e familiares sobre como prestar os primeiros socorros nesta situação. (SBD, 2014).

A gestante com sintomas de hipoglicemia deverá ser orientada a ingerir um copo de leite com açúcar e procurar a UBS mais próxima (BRASIL, 2012)

Reavaliar pacientes com DMG em 4 a 6 semanas após o parto para classificá-las como: DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia.

Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância normal após a gravidez, porém há 10% a 63% de risco de desenvolver DM tipo 2, dentro de 5 a 16 anos após o parto. (SBD, 2014)

Toda gestante com diabetes deve ser encaminhada para nutricionista.

Atividade Física

A prática de exercícios físicos regulares de baixo impacto faz parte da estratégia de tratamento. A atividade física aumenta o consumo de glicose e reduz a resistência à ação periférica da insulina. Na ausência de contraindicações, deve-se recomendar a prática de atividade física por pelo menos 30 minutos, na maior parte dos dias da semana, evitando-se exercícios com risco de queda ou trauma abdominal. (Ministério da Saúde 2022).

Tratamento Farmacológico

A insulina de destaca como primeira escolha entre as medidas farmacológicas no controle da hiperglicemia na gestação. A associação de insulina está indicada sempre que as medidas não farmacológicas (adequação nutricional e exercício) não forem suficientes para atingir as metas do controle glicêmico materno (30% ou mais dos valores glicêmicos alterados). Diferentes tipos de insulina estão disponíveis e são considerados seguros para uso na gestação. Para a DMG ou DMDG, as insulinas mais utilizadas são a protamina neutra Hagedorn (NPH), de origem humana e ação intermediária, e a regular, de origem humana e ação rápida. Os análogos de insulina de ação ultrarrápida – asparte e lispro – são liberados para uso na gestação e têm indicações específicas, com potenciais vantagens sobre a insulina regular nos casos de hipoglicemia persistente, de difícil controle. O análogo de ação prolongada Determir é também seguro para utilização na gestação, tem indicação específica para mulheres com DM prévio tipo 1, mas seu uso ainda não foi avaliado no DMG. A dose inicial e o tipo de insulina devem ser definidos pela automonitorização da glicemia capilar. Assim, as insulinas de ação intermediária e longa são recomendadas para o controle no jejum e pré-prandial; as de ação rápida e ultrarrápida são indicadas para controle



pós-prandial (Brasil 2022).

Quadro 8: Tipos e características de ação das insulinas para uso na gestação

Tipo insulina/ação	Início	Pico máximo	Duração
DETERMIR longa	1-3h	6-8h	18-22h
NPH intermediária	2-4h	4-10h	10-18h
REGULAR rápida	0,5 - 1h	2-3h	5-8h
ASPARTE/LISPRO ultrarápida	5-15min	0,5-2h	3-5h

Fonte: BRASIL, 2019

A dose inicial deve ser calculada pelo peso atual, sendo recomendada 0,5UI/Kg/dia, fracionada em duas a três aplicações, podendo ser maior proporção no período da manhã (dois terços no jejum, um terço no pré-almoço e um terço na hora de dormir); ou pode-se utilizar a quantidade total dividida em quatro doses, devendo-se fazer insulina rápida nas refeições (café, almoço e jantar) e NPH à noite. As avaliações do perfil glicêmico para ajuste das doses devem acontecer no intervalo mínimo de 15 dias até 30ª semana e, semanalmente, a partir dessa idade gestacional até o parto. Esse intervalo deve ser individualizado na dependência das características e necessidades de cada caso. As doses devem ser ajustadas de acordo com o perfil glicêmico.

6.3 Função Tireoidiana e Hipotireoidismo

A gravidez normal está associada ao aumento da produção de hormônios tireoidianos e ao estímulo da glândula pelo hCG, e ao aumento das proteínas ligadoras de tiroxina (TBG) e da excreção renal de iodo. A tireoide saudável se adapta a tais alterações por meio de mudanças no metabolismo hormonal, na captação de iodo e na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide.

O hipotireoidismo materno é definido na presença de TSH elevado e T4L reduzido durante a gestação. O hipotireoidismo incide em 0,1% das gestações e está quase sempre associado à disfunção primária da tireoide, tipo tireoidite de Hashimoto, sendo que deficiência de iodo é menos comum no nosso meio pelo processo de iodação do sal de cozinha. Outro fator do hipotireoidismo é a ablação cirúrgica ou radioterápica da tireoide, além da evolução final das doenças autoimunes.

O diagnóstico é confirmado pela dosagem de T4 livre e TSH. Nasqueles com disfunção glandular primária, espera-se TSH elevado (mais de 10mUI/L) e T4 livre diminuída.



O hipotireoidismo subclínico não cursa com sintomas clínicos, porém tem sido associado a desfechos adversos maternos e fetais e, portanto requer tratamento (particularmente naquelas mulheres com anti-TPO+). O hipotireoidismo subclínico na gestação é definido com TSH entre 2,5 e 10,0mUI/L associado a T4 livre normal.

A presença de anticorpos antiperoxidase (anti-TPO) pode se relacionar com a doença de Hashimoto.

Tratamento Farmacológico

O tratamento do hipotireoidismo na gravidez, deve-se tentar manter o TSH abaixo de 2,5 Mu/l no primeiro trimestre e abaixo de 3,0 Mu/l no segundo e terceiro trimestre.

A dose de levotiroxina usada no hipotireoidismo na gestação costuma depender do valor de TSH obtido. Para pacientes com TSH acima de 10mU/L, recomenda-se iniciar dose plena de levotiroxina (2mcg/kg/dia), independente do valor de T4l. Para pacientes com TSH abaixo de 10mUL e acima de 4mUL iniciar tratamento com levotiroxina (1mcg/kg/dia). O TSH deve ser avaliado mensalmente na primeira metade da gestação e deve ser mantido dentro do valor de referência. Após a metade da gestação, o monitoramento pode ser mais espaçado, pelo menos uma vez por trimestre.

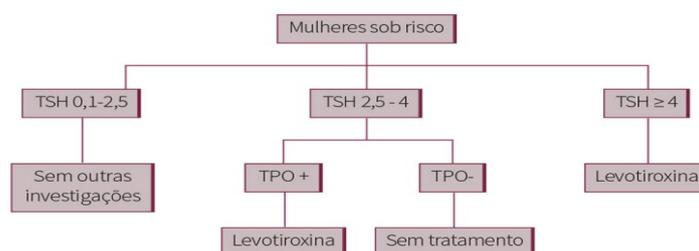


Figura 1. Investigação da disfunção tireoidiana na gravidez.

6.4 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sistêmica, decorrente de transmissão sexual ou materno-fetal, com evolução crônica, mas sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica, de menor ou maior tempo de duração.

A mulher com vida sexual ativa tem probabilidade de infectar-se ou reinfectar-se, com o treponema, a qualquer momento e, assim, transmitir a doença, quando gestante, para o seu filho. As medidas de controle devem, portanto, abranger outros momentos antes da gravidez como consulta para planejamento reprodutivo, prevenção do câncer, etc., na gestação e na admissão à maternidade, seja para a realização do parto, para curetagem por abortamento ou qualquer intercorrência. (BRASIL, 2006)



Quadro Clínico

- **Sífilis Primária ou Cancro Duro:** O cancro duro caracteriza-se pela presença de lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21 dias), após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. (BRASIL, 2006)

- **Sífilis Secundária:** Ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais do secundarismo possam surgir em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria. (BRASIL, 2022):

Inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e na raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de descamação característico, em geral não pruriginoso.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Trata-se de lesões úmidas e vegetantes, que são frequentemente confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareira e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de microadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia.

A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, têm-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, além de quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão.

- **Sífilis Latente (Recente e Tardia):** É a forma da sífilis adquirida na qual não se observa sinais e sintomas clínicos e, portanto, tem o seu diagnóstico feito apenas por meio de testes sorológicos. (BRASIL, 2006)

- **Sífilis Terciária:** Ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre um ano e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilicas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até a morte.



• **Sífilis Congênita:** A sífilis congênita precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Já a sífilis congênita tardia é definida como aquela em que os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade da criança.

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

Diagnóstico

• **Testes treponêmicos:** testes sensíveis e específicos, utilizados para screening e confirmação de infecção treponêmica. Podem permanecer detectáveis indefinidamente, podendo significar uma infecção tratada anteriormente; neste caso, o teste não treponêmico pode confirmar uma re-infecção. As técnicas para pesquisa de anticorpos contra o treponema podem ser: quimioluminescência (CMIA), imunofluorescência indireta (FTA-Abs), ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE), aglutinação passiva TPHA ou (MHA-TP), western blot e imunocromatografia.

Além destes testes séricos, o teste rápido para sífilis é treponêmico e detecta anticorpos específicos por imunocromatografia.

• **Teste não-treponêmicos:** esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum* e tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro.

Os teste não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Quadro 9: Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	SENSIBILIDADE/ESPECIFICIDADE
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.



Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente: considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos



			<p>diagnóstico de sífilis. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.</p>	<p>concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
<p>Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente</p>	<p>+</p>	<p>Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária</p>	<p>Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.</p>	<p>Em caso de suspeita clínica e/ ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo o único medicamento com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):



- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

Quadro 10: Esquema Terapêutico para Sífilis

Estadiamento	Esquema Terapêutico
Sífilis Primária (cancro duro)	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI, em cada glúteo).
Sífilis recente ou menos de uma ano (secundária e latente)	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI, em cada glúteo). Repetir após uma semana. Dose total 4.800.000 UI
Sífilis Tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão UI, em cada glúteo). Repetir semanalmente, até completar 03 semanas. Dose total 7.200.000 UI.

Observação: A Penicilina G. Benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado de gestantes. Em gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (GHANEM *et al.*, 2020)

Seguimento

O controle com VDRL mensal deve ser realizado até o final da gestação, sendo que o declínio dos títulos é considerado resposta adequada ao tratamento. Novo tratamento é justificado se ocorrer elevação de títulos do VDRL de duas diluições em relação ao último exame de VDRL realizado,



mesmo na ausência de sintomas. Neste caso, certificar-se do tratamento do parceiro. (BRASIL, 2014).

Atualmente, para a definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

Não é necessário a realização de sorologia para o(s) parceiro(s) sexual(is) de gestantes com sífilis. Recomenda-se a prescrição de Penicilina G Benzatina 7.200.000UI (03 séries de 2.400.000UI, com intervalo de 07 dias) para tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) de gestantes com sífilis. A prescrição de Penicilina G. Benzatina pode ser realizado por médico ou enfermeiro. É importante ressaltar que a probabilidade de reação adversa, em especial a anafilaxia, decorrente do uso da penicilinas é rara (0,002%), de acordo com evidências científicas que constam no relatório elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC).

Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) emitiu a Nota Técnica nº 03/2017, que reafirma a importância de enfermeiros prescreverem a Benzilpenicilina Benzatina para os tratamentos de sífilis. O Cofen também orienta auxiliares e técnicos administrarem independente da presença do médico.

Parceiro(s) não tratado(s) caracteriza(m) tratamento materno inadequado e o RN será considerado caso suspeito de sífilis congênita, com investigação, tratamento, e notificação da criança.

Considera-se tratamento inadequado (BRASIL, 2014):

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença ou
- Tratamento instituído no prazo de até 30 dias antes do parto ou
- Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

6.5 HIV

A transmissão vertical acontece por passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que a maior parte dos casos (65%) ocorre durante o trabalho de parto e parto e os 35% restantes, habitualmente, ocorre intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação ou, ainda, por meio do aleitamento materno. (BRASIL, 2012)

Sem qualquer ação profilática o risco de transmissão vertical é de 25 a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical é reduzida para níveis inferiores a 2%. (BRASIL, 2014) O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e este risco situa-se entre 7% e 22%. (BRASIL, 2012)



Diagnóstico

No pré-natal é recomendado testagem para HIV, que pode ser por meio de testes rápidos, e devem ser realizados no 1º, 2º e 3º trimestres, a fim de detectar, em tempo, casos de infecção na concepção e durante o curso da gestação.

A realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, no parto, com o uso de testes rápidos, possibilita a adoção de medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e parto, uma vez que o resultado é obtido em menos de 30 minutos. O diagnóstico da infecção pelo HIV deve ser definido e informado à puérpera, antes da alta hospitalar (BRASIL, 2012).

- **Diagnóstico com Testes Rápidos**

Este teste determina o estado sorológico de forma rápida, pois fornece o resultado em tempo inferior a 30 minutos. Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra. Nestas situações, a gestante deve aguardar o resultado, que será liberado prontamente. Atualmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado mediante um a dois diferentes testes rápidos. A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV". Neste caso, o diagnóstico da infecção é excluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Destaca-se que o teste rápido (TR) tem a mesma sensibilidade da sorologia convencional. (FERREIRA, 2005)

Todavia, no caso de amostra com resultado não reagente, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias, pois a paciente pode estar em fase de janela imunológica, fase em que os anticorpos não são detectados.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2). Amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terão seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV", sem a necessidade de nenhum teste adicional.

As amostras com resultados discordantes entre TR1 e TR2, deverão ser submetidas a um terceiro teste rápido. Se o terceiro teste rápido apresentar resultado negativo, a amostra será considerada "Negativa para HIV". Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir o conjunto de procedimentos sequenciados, para investigação de soroconversão. (BRASIL, 2006).

A gestante HIV positiva ou com AIDS deve ser encaminhada ao ambulatório HIV/AIDS (CEM Centro) e para ambulatório de gestação de alto risco, bem como deve ser vinculada a hospital de referência para gestação de alto risco para realização do parto, devendo permanecer em acompanhamento concomitante na Atenção Primária.

Os profissionais de saúde da APS devem enfatizar, a toda gestante com HIV ou AIDS, em todas as consultas: a necessidade do uso de preservativos (mesmo em casais soropositivos); o impedimento de amamentar; e, ainda, reforçar a importância de aderência ao tratamento.



6.6 Hepatites virais

As Hepatites Virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D. Existe, ainda, o vírus E, mais frequente na África e na Ásia, que pode causar doença grave em 25% das gestantes infectadas. (BRASIL, 2012) Entre as Hepatites Virais, serão tratadas neste Caderno, as Hepatites B e C, uma vez que há possibilidade de intervenção positiva em relação à gestante e ao recém-nascido na Hepatite B (BRASIL, 2012) e há necessidade de monitoramento nos portadores da Hepatite C, pois um quarto a um terço destes podem evoluir para formas histológicas graves ou cirrose, no período de 20 anos, caso não haja intervenção terapêutica. (BRASIL, 2009).

6.6.1 Hepatite B

Doença viral, transmitida por via sexual ou parenteral, causada pelo vírus da hepatite B (VHB), pertencente à família Hepdnaviridae, que pode cursar de forma assintomática ou sintomática. As manifestações sintomáticas costumam ser: mal-estar, cefaleia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, artralgia. Na fase crônica, o portador do VHB apresenta náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2009).

Transmissão

A principal via de transmissão é a sexual, seguida da vertical (de mãe para filho), dá-se pelo contato com sangue e fluídos corporais, por via parenteral ou percutânea. (BRASIL, 2009)

Importante ressaltar que os recém-nascidos de mães HBsAg e HBeAg reagentes, que adquiriram a infecção intra-útero ou no período perinatal, geralmente não apresentam sintomatologia clínica e evoluem com infecção crônica entre 85% a 95%(BRASIL, 2008).

A prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, reduzindo sobremaneira a transmissão vertical (BRASIL, 2012).

Imunização

O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para a Hepatite B e que perderam a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços.

A administração da vacina contra hepatite B pode ser aplicada em qualquer período da gestação. Essa estratégia contribui para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70% a 90%), quando ocorre a contaminação em idade precoce(BRASIL, 2009).

Atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) na investigação e acompanhamento do portador da Hepatite B

A vacina para gestantes, independente da faixa etária, encontra-se



disponível nas salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde, devendo ser aplicada a vacina se HBSAg não reagente.

Na atenção primária, o acompanhamento do portador do vírus HBV deve ocorrer na fase aguda e crônica do agravo. O encaminhamento para Serviço Especializado de Referência pode ser realizado, porém sem perder o vínculo com a atenção primária.

Em caso de HBSAg reagente na gestante, as ações da equipe da APS, devem ser:

- Efetuar uma avaliação clínica minuciosa;
- Realizar notificação compulsória e encaminhar para serviço especializado (CEREST) na Secretaria Municipal de Saúde.

Recomenda-se ainda a triagem sorológica do vírus VHB, por meio da pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBSAg), no primeiro trimestre/1ª consulta.

6.6.2 Hepatite C

Doença causada pelo vírus da hepatite C (VHC), constituído por RNA de fita simples, pertencente à família Flaviviridae, e que possui um invólucro protéico. (BRASIL, 2009)

Transmissão

A transmissão por via parenteral é a mais frequente, por meio do sangue infectado, sendo a transmissão sexual e vertical pouco frequente.

São consideradas populações de risco acrescido (BRASIL, 2009):

⇒ Indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ ou hemoderivados antes de 1993.

⇒ Usuários de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes, complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou “pipadas” (crack).

⇒ Pessoas que compartilham ou utilizam instrumentos não esterilizados para aplicação de piercings, tatuagem, manicure e objetos para higiene pessoal (escovas de dentes, lâminas de barbear e de depilar, etc.).

O Anti-HCV é o marcador que deve ser solicitado a todas as gestantes e parceiros.

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na investigação e acompanhamento do portador da Hepatite C

Em caso de gestante anti-HCV não reagente, cabe à atenção primária informá-la sobre os modos de transmissão e prevenção. Na atenção primária, o acompanhamento do portador do vírus HCV deve ocorrer na fase aguda e crônica do agravo.

Em caso de anti-HCV reagente na gestante, as ações da equipe da APS, devem ser:

- Efetuar uma avaliação clínica minuciosa;
- Realizar notificação compulsória e encaminhar para serviço especializado (CEREST) na Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar da transmissão vertical do HCV ser pouco frequente, mas tendo em



vista que a cronificação ocorre em 70% a 85% dos casos e, em média, um quarto a um terço podem evoluir para formas histológicas graves ou cirrose, no período de vinte anos, caso não haja intervenção terapêutica (BRASIL, 2009), há necessidade de acompanhamento na Atenção Primária do binômio mãe e criança. Além disso, considera-se o Pré Natal um momento oportuno para triagem sorológica da gestante com condição de risco acrescido.

6.7 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental. (BRASIL, 2018)

Epidemiologia

É infecção de distribuição mundial, com maior prevalência em países de clima Tropical. (FEBRASGO, 2011) Entre os anos de 2016 e 2020 foram notificados em nosso município 83 casos suspeitos de toxoplasmose na gestação (CID 098.6 e B58.9 gestante) assinalando a detecção do risco de transmissão vertical. Destes, 46 casos foram considerados confirmados, embora por critérios de confirmação distintos.

Transmissão

A transmissão se dá por ingestão materna de oocistos em alimentos contaminados (carnes mal passadas, vegetais) ou em locais onde eventualmente possa haver fezes de felinos (terra, areia), que são os únicos hospedeiros selvagens definitivos de *T. gondii*. (FEBRASGO, 2011)

A infecção fetal ocorre após a infecção placentária e o exato momento em que ocorre depende da idade gestacional e de outros fatores.

O risco de infecção fetal está relacionado à idade gestacional, sendo maior no terceiro trimestre e período periparto (até 80%), porém o risco de lesões fetais graves é maior nas infecções maternas precoces e o risco de manifestações clínicas, até os três primeiros anos de vida, é de 75% quando a soroconversão ocorre no primeiro trimestre. (FEBRASGO, 2011)

Diagnóstico

O diagnóstico materno baseia-se primeiramente na triagem sorológica para anticorpos IgM e IgG por meio do método Elisa (ensaio imunoenzimático).

Existem outros métodos que podem ser empregados no diagnóstico de anticorpos, mas a sensibilidade e especificidade do teste ELISA são bastante elevadas, além de apresentar baixo custo. (FIGUEIRÓ FILHO, 2007)

A sorologia para toxoplasmose deve ser solicitada no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG). Se a gestante for susceptível (IgM e IgG



não reagentes), repetir a sorologia mensalmente.

Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos, deverá ser solicitado o teste de avidéz para IgG, preferencialmente na mesma amostra. O resultado IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indicam que a doença é antiga, repetir o exame no segundo e terceiro trimestre da gestação.

Interpretação de resultado para gestantes com sorologia realizada até 16 semanas de gestação:

IgG(+)	IgM(-)	= Infecção crônica/imunidade
IgG(+)	IgM(+)	= Infecção recente ou aguda
IgG(-)	IgM(+)	= Infecção aguda
IgG(-)	IgM(-)	= susceptível.

- Gestantes com IgM - e IgG +, em qualquer período gestacional, considerar infecção antiga, gestante imune.

- Gestantes com IgM + e IgG -, em qualquer período gestacional, pode significar infecção recente ou falso IgM +. Iniciar tratamento com Espiramicina e repetir sorologia em 03 semanas.

- Gestante com até 16 semanas, na coleta da primeira sorologia, e com resultado de IgM reagente e IgG reagente, deve ser realizado, imediatamente, o teste de avidéz de IgG, na mesma amostra de soro (BRASIL, 2012):

a) Na presença de baixa avidéz ou avidéz intermediária, pode-se estar diante de uma infecção aguda; a paciente deve ser chamada e o tratamento iniciado, o mais rápido possível, ainda na atenção primária. A gestante deve ser encaminhada para ambulatório de gestação de alto risco para acompanhamento concomitante.

b) Na presença de alta avidéz, deve-se considerar infecção antiga como diagnóstico, não há necessidade de tratamento nem de testes adicionais.

Interpretação de resultado para gestantes com sorologia realizada após 16 semanas de gestação:

Quando a primeira sorologia é realizada após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avidéz, para definição de tratamento da gestante, pois mesmo uma avidéz alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, perdendo seu poder discriminatório (BRASIL, 2012). Neste caso, o tratamento deve ser iniciado, ainda na atenção primária, o mais rápido possível. A gestante deve ser encaminhada para ambulatório de gestação de alto risco para acompanhamento concomitante.

No entanto, do ponto de vista da atenção ao recém-nascido, é importante a realização do teste de avidéz, mesmo após a 16ª semana, uma vez que o seu resultado norteia a investigação e indicação de tratamento da toxoplasmose para o recém-nascido.



Tratamento

O tratamento deve ser instituído, tão precoce possível, ainda na atenção primária, assim que houver comprovação laboratorial da Toxoplasmose adquirida na gestação, utilizando o seguinte esquema:

Quadro 11: Esquema Terapêutico para Toxoplasmose

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Espiramicina*	Indicada quando o diagnóstico é reagente até a 18 ^a semana de gestação para o tratamento de gestantes com infecção aguda.	Espiramicina 500mg Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas, em jejum. Totalizando: 6 comprimidos/dia - 3g/dia. Observação: Quando ocorrer o diagnóstico até a 18 ^a semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.
Esquema Triplíce*: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	Indicada para gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas Observação: Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina.	Pirimetamina 25mg Dose de ataque: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias - 8 comprimidos. A partir do 3 ^o dia 2 comprimidos com dose única diária até o nascimento do bebê. Sulfadiazina 500mg Dose: 2 comprimidos de 12/12 horas, totalizando 4 comprimidos por dia- 2g/dia. Ácido Folínico 15mg Dose: 1 comprimido por dia Atenção: ácido fólico não deve ser usado para substituir ácido folínico. Observação: Quando ocorrer o diagnóstico depois da 18 ^a semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.

(BRASIL, 2018).

*O medicamento utilizado no início do tratamento (conforme idade gestacional) deve ser mantido até o parto.

*O médico pode solicitar a troca do esquema terapêutico pela ocorrência de efeitos adversos.

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na investigação e acompanhamento da gestante susceptível ou com Toxoplasmose

O papel da atenção primária à saúde na investigação e acompanhamento da gestante é identificar as gestantes susceptíveis, e com estas desenvolver ações de prevenção primária. Cabe à APS, ainda, o diagnóstico precoce, início oportuno de tratamento e acompanhamento das gestantes acometidas pelo parasita *Toxoplasma gondii*.

As gestantes susceptíveis (IgM e IgG para Toxoplasmose não reagente) devem receber orientações sobre Prevenção Primária (BRASIL, 2012):

- Lavar as mãos ao manipular alimentos;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Evitar a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.);

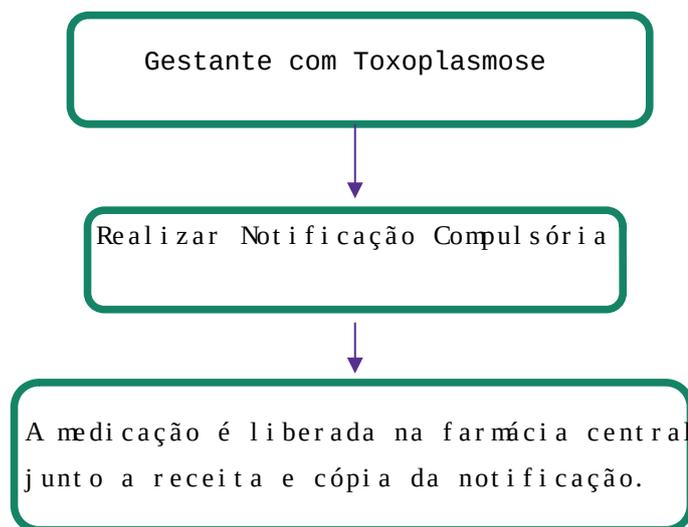


- Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra;
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lavar bem as mãos após o contato com os animais.

A gestante que apresentar infecção por Toxoplasmose, identificada por meio da pesquisa de anticorpos IgM reagente e IgG reagente ou viragem sorológica no 2º e 3º trimestres de gestação, deve ser encaminhada para Referência de Alto Risco e permanecer com acompanhamento concomitante na Atenção Primária à Saúde.

Na vigência do tratamento, a APS deve acompanhar mensalmente o hemograma, quando da utilização do esquema com SPAF e, se este estiver alterado, solicitar antecipação do retorno ao Ambulatório de Referência de Gestação de Alto Risco, se necessário.

Fluxograma 3- Liberação de medicação Toxoplasmose



A notificação de casos suspeitos e confirmados deverá ser encaminhada pelo e-mail : epidemiogra@gmail.com



6.8 Anemia

A anemia é definida durante a gestação com os valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/ dl ou abaixo de 10,5g/dl (a partir de 28 semanas). A condição está associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro. O rastreamento deve ser oferecido a toda gestante o mais precocemente na vinculação do pré-natal e novamente com aproximadamente 28 semanas.

As principais causas de anemia na gestação são:

- Deficiência de ferro (principal causa);
- Deficiência de ácido fólico;
- Deficiência de vitamina B12;
- Hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias);
- Perda sanguínea crônica (sangramentos gastrointestinais ocultos).

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na atenção às gestantes com anemia ferropriva, anemia falciforme e talassemia

Recomenda-se a realização de 01 exame de hematócrito e 01 exame de dosagem de hemoglobina para todas as gestantes de risco habitual, preferencialmente no primeiro trimestre e por volta da 28ª semana e 02 exames de hematócrito e 02 dosagens de hemoglobina para as gestantes de alto risco e risco intermediário, no primeiro e terceiro trimestre. Recomenda-se também realizar, para todas as gestantes, a pesquisa de hemoglobinopatias, por meio da eletroforese de hemoglobina, preferencialmente no 1º trimestre.

O profissional de saúde da atenção primária tem papel relevante de orientação e incentivo à gestante quanto ao consumo diário de alimentos de origem animal e vegetal, ricos em ferro (BRASIL, 2012):

- Alimentos de origem animal rico em ferro: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros;
- Alimentos de origem vegetal rico em ferro: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (por exemplo: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí, entre outros.

As gestantes sem diagnóstico de anemia, por meio dos exames laboratoriais elencados, devem receber suplementação de ferro preventiva, a partir da 20ª semana de gestação, até o 3º mês pós-parto. Assim, recomenda-se uso de sulfato ferroso (1cp de 200mg de Fe = 40mg de Fe elementar), durante o período gestacional, conforme segue (BRASIL, 2012):



Quadro 12: Dosagem de Hemoglobina: Dosagem e Conduta

Hemoglobina	Interpretação	Conduta
>11g/dl (1ª consulta) ou >10,5mg/dl (28 semanas)	Ausência de anemia	Avaliar suplementação profilática
Entre 8g/dl e 11g/dl (10,5 g/dl com 28 semanas)	Anemia leve a moderada	Tratar com 120-200 mg/dia de ferro, uma hora antes das refeições (02 comprimidos antes do café, 02 comprimidos antes do almoço e 01 comprimido antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. Sulfato Ferroso: 01 comprimido de 200mg de Fe=40 mg de ferro elementar
<8g/dl	Anemia grave	Encaminhar ao pré-natal de alto risco

Se anemia estiver presente, recomenda-se tratar, avaliar a presença de parasitose intestinal (não recomendado tratar durante o primeiro trimestre) e acompanhar com a solicitação de nova hemoglobina e ferritina após 30 dias. O tratamento deve ser mantido até que a hemoglobina alcance níveis superiores a 11g/dl e, a seguir, deve-se voltar a dose profilática (30-60 mg/dia de ferro elementar) até o terceiro mês pós-parto. (CANTOR et al., 2017)

Observação: As gestantes com diagnóstico de anemia falciforme ou talassemia, não se recomenda uso rotineiro de sulfato ferroso. Nestes casos, as gestantes devem ser vinculadas para realização de pré-natal de alto risco e a suplementação de ferro para estas pacientes deve ser criteriosamente indicada por médico especializado.

6.8.1 Anemia falciforme

É a patologia hereditária mais comum no Brasil, com uma incidência maior entre afrodescendentes. No período gestacional, torna-se uma situação potencialmente grave, pois pode desencadear aumento nas crises algúicas, acentuação do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, bem como transtornos respiratórios e digestivos. Portanto colocando em risco o binômio mãe-feto.

A eletroforese de hemoglobina é o único exame capaz de detectar o traço ou doença em adultos, devendo ser realizados em todas as gestantes. Nos casos em que seja feito o diagnóstico, a gestante deve ser encaminhada para realização de pré-natal de alto risco, porém sem perder o vínculo com a equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde (BRASIL, 2013).

6.9 Doença Hemolítica Perinatal

A doença hemolítica perinatal (DHP) caracteriza-se por anemia hemolítica fetal, podendo comprometer a saúde fetal e trazendo repercussões



sobre a vitalidade neonatal. (BRASIL, 2012; BAIÃO, 2012). Decorre da aloimunização materna a antígenos presentes nas membranas das hemácias fetais. Esses anticorpos maternos atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos eritrocitários (reação antígeno - anticorpo) levando sua destruição (hemólise), que em maior ou menor grau, desencadeará as diversas manifestações clínicas (como anemia e hipóxia) (BRASIL, 2012; PEIXOTO, 2014).

Prevenção

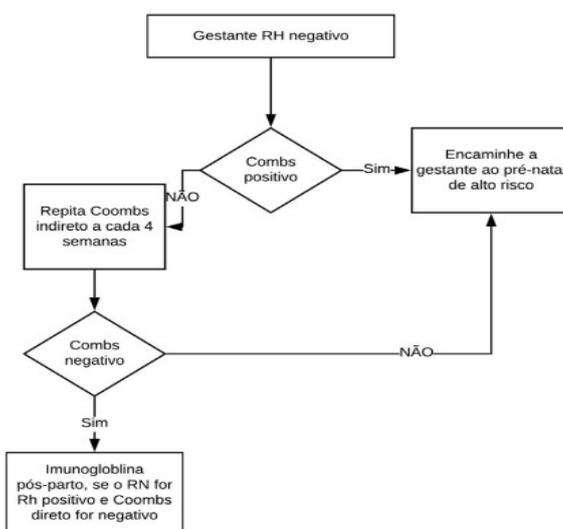
Nesta patologia é importante que o diagnóstico se antecipe a DHP. A ocorrência do diagnóstico de DHP em uma gestação é indicativo de que medidas necessárias deixaram de ocorrer antes da atual gestação. Portanto, o ideal é que algumas medidas sejam realizadas ainda nos cuidados pré-concepcionais, com a finalidade de identificar as pacientes com risco para desenvolver a DHP, pesquisando a identificação da tipagem sanguínea e o fator RH da gestante e do pai biológico (BRASIL, 2012).

Porém, na maioria dos casos, o momento para realização desta investigação ocorre durante o período gestacional, no pré-natal. Na realização da primeira consulta é necessário investigar a existência de incompatibilidade sanguínea entre os pais. A gestante deve fazer um exame de sangue que determine o seu grupo sanguíneo (ABO) e o tipo de RH (BRASIL, 2012).

Nos casos em que a gestante seja RH negativo o profissional de saúde deverá solicitar também o grupo sanguíneo e o Rh do pai biológico; se ele for Rh negativo e a mãe for Rh negativa, não existe qualquer risco de incompatibilidade; no entanto, se ele for Rh positivo e a mãe for Rh negativo, poderá existir riscos para o conceito (PEIXOTO, 2014).

A conduta deve seguir o fluxograma apresentado:

Fluxograma 4- Conduta gestante RH negativo





6.10 Síndromes hemorrágicas

As principais causas de hemorragias na gestação são:

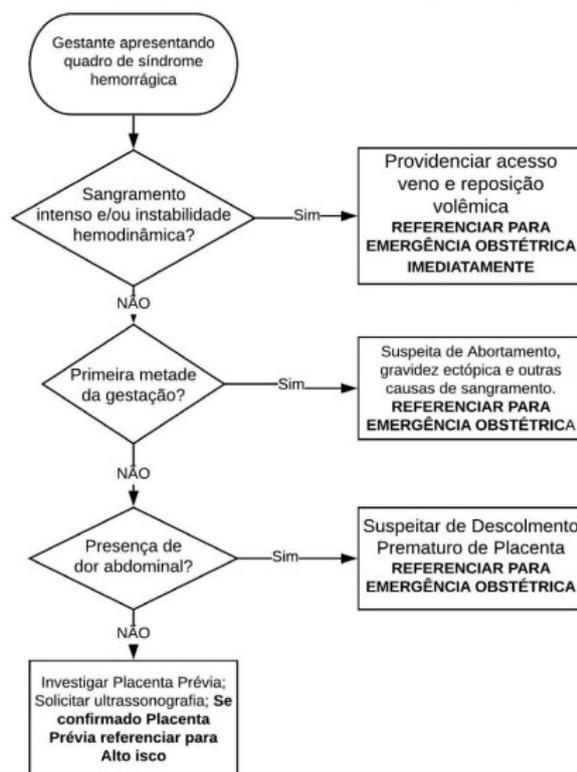
- Na primeira metade da gestação: abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);
- Na segunda metade da gestação: placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP).

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

O diagnóstico dos casos de hemorragia, muitas vezes, não é possível de ser realizado na unidade básica de saúde, mas é importante que o profissional de saúde esteja preparado para esse atendimento, estabelecendo as medidas de suporte à vida e um transporte seguro para transferência dessas pacientes a uma unidade hospitalar de referência quando necessário.

De tal modo apresenta-se o fluxograma de conduta para casos de síndrome hemorrágica a seguir.

Fluxograma 5- Conduta para casos de síndrome hemorrágica





6.11 Infecção de Trato Urinário

Uma das patologias mais comuns da gravidez é a infecção urinária, ocorrendo em 17 a 20% de todas as gestações. A evolução pode ser desfavorável, ocorrendo rotura prematura das membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção/sepse neonatal. A *Escherichia coli* é o patógeno mais frequente, estando presente em 80 a 90% dos casos (BRASIL, 2012).

6.11.1 Bacteriúria Assintomática (BA)

Gestantes sem sinais de infecção urinária com urocultura com crescimento $\geq 10^5$ UFC. A bacteriúria assintomática (BA) deve ser pesquisada e tratada em todas as gestantes, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação. O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma. Presença de piúria (> 10 piócitos por campo) e nitrito positivo, solicitar urocultura e iniciar tratamento. Caso urocultura negativa suspeitar de gonococo ou clamídia. Após 7 dias do término do tratamento, deve ser realizada nova urocultura de controle.

No entanto, o retratamento de bacteriúria assintomática tem valor incerto, e não existem dados suficientes para recomendar antibioticoterapia supressiva ou profilática para bacteriúria assintomática recorrente. Se o resultado da urocultura for negativo e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

6.11.2 Infecção de Trato Urinário

A infecção de Trato Urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum na gravidez. A disúria é o sintoma mais comum. Urgência e incontinência urinárias, polaciúria com micção de pequenos volumes, nictúria, dor suprapúbica ou pélvica são outros sintomas encontrados.

A presença de febre é incomum nas ITUs baixas (cistite). A presença de prurido vulvar, corrimento vaginal e disúria “externa” (dor percebida nos pequenos lábios, provocada pela passagem de urina), na ausência de disúria “interna” (dor percebida dentro do corpo) e de aumento da frequência urinária requerem investigação de causas ginecológicas.

6.11.3 A Pielonefrite Aguda

É caracterizada pelos sintomas supracitados associados a sintomas sistêmicos (febre, taquicardia, calafrios e dor lombar (com punho-percussão lombar positiva). Presença de náuseas, vômitos, taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. As pacientes com suspeita de pielonefrite aguda, devem ser encaminhadas para avaliação hospitalar.

O tratamento de ITU baixa e/ou Bacteriúria Assintomática (BA) em gestantes poderá seguir o quadro abaixo.



Quadro 13: Tratamento de ITU baixa e/ou Bacteriúria Assintomática (BA) em gestantes:

Antibiótico	Posologia	Duração	
		ITU	BA
Nitrofurantoína ¹	100 mg VO 6/6h	7-10 dias	7-10 dias
Amoxicilina	500mg VO 8/8h	7 dias	3-7 dias
Cefalexina	500mgVO 6/6h	7 dias	3-7 dias
Amoxicilina + Clavulanato	500+125mg VO 8/8h	7 dias	3-7 dias
Sulfametoxazol + Trimetoprim ²	400mg + 80mg 2cp 12/12h ou 800mg + 160mg 1cp 12/12h	7 dias	3-7 dias

1. Evitar no final da gestação. Não utilizar se houver suspeita de pielonefrite (não atinge níveis terapêuticos nos rins). (NÃO DEVE SER UTILIZADA DEPOIS DA 28^a semana).

2. Devem ser evitados no primeiro trimestre, devido a potencialidade teratogênica da trimetoprima; e no terceiro trimestre, pois pode causar kernicterus no bebê, especialmente nos prematuros. Recomenda-se que toda mulher grávida, que está sendo tratada com esse antibiótico receba concomitantemente 5 a 10 mg de ácido fólico diariamente.

Repetir urocultura sete a dez dias após o término do tratamento. Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição. Se o resultado da cultura for negativo e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto. Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento no Pré Natal de Alto Risco.

6.11.4 Infecção Urinária de Repetição

A presença de mais de três URC (urocultura) positivas ou três episódios de ITU durante o pré-natal implicará na prescrição de quimioprofilaxia até o final da gestação.

Podem ser usados os seguintes regimes:

- Nitrofurantoína 100mg 1cp/dia;
- Cefalexina 500mg 1 cp/dia;
- Sulfametoxazol + trimetoprim (400mg/80mg 1cp dia. Devem ser evitados no primeiro trimestre -potencialidade teratogênica da trimetoprima - e no terceiro trimestre, pois pode causar kernicterus no bebê).

Solicitar USG de vias urinárias para avaliar patologia do trato urinário que se relacione com a ocorrência de infecção urinária de repetição.



6.12. Parasitoses Intestinais

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo peso ao nascimento e no parto pré-termo. (BRASIL, 2012)

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção às Parasitoses Intestinais

A APS tem papel muito importante quanto às orientações de medidas profiláticas às gestantes tais como:

- Educação sanitária;
- Higiene correta das mãos;
- Tratamento adequado da água, orientando a fervura para torná-la potável;
- Tratamento adequado dos alimentos: vegetais, frutas, verduras, tubérculos e legumes, devem ser cuidadosamente lavados em água corrente e clorados, para eliminarem-se eventuais ovos e cistos de parasitas presentes no solo. A carne de porco, a carne de vaca e, principalmente, linguiças devem ser cozidas e nunca ingeridas malpassadas.

No entanto, não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação, e tanto o diagnóstico como o tratamento deveriam ser realizados antes da gestação. Caso seja necessário realizar tratamento, é logo após as 16-20 semanas. (BRASIL, 2012)

Quadro 14: Tratamento Parasitose Intestinal

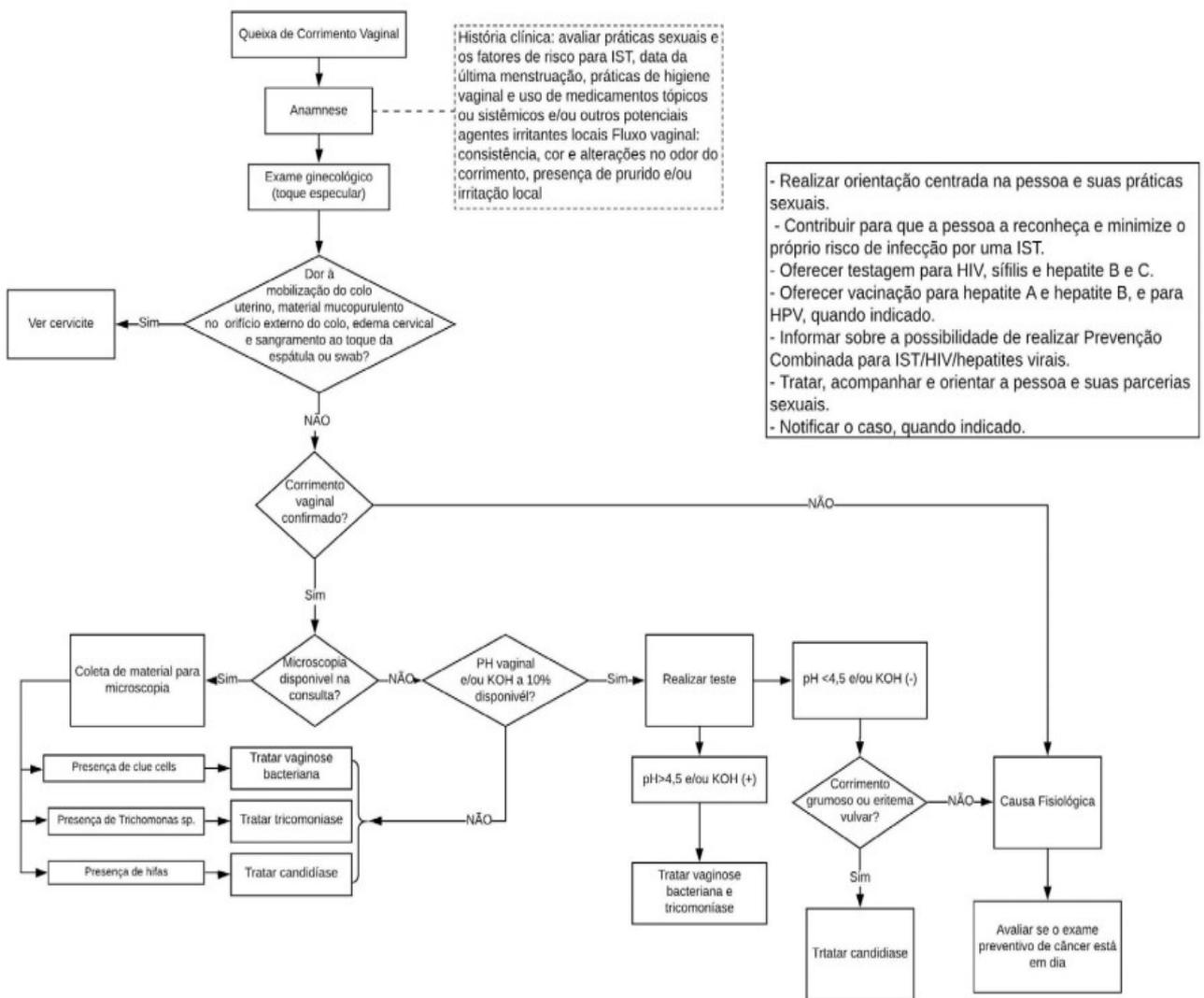
Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por três dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminique Praziquantel Ditioletona	Contraíndicados: tratar no puerpério.
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/Kg/dia, duas vezes ao dia, por dois dias seguidos.
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	Contraíndicados: tratar no puerpério.
Teníase	Mebendazol	200mg, duas vezes ao dia, por quatro dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por três dias seguidos.
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por dez dias seguidos.
Giardíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por sete dias seguidos.



6.13. Alterações ginecológicas inflamatórias: Cervicites e Vaginoses

Diante de queixas de corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, o médico ou enfermeiro deve buscar diferenciar clinicamente as vaginoses e investigar a possibilidade de cervicite mucopurulenta ou endocervicite, que é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino).

Nestes, as principais queixas são corrimento vaginal, dispareunia e disúria. Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou swab.



Fonte: Rio de Janeiro, 2020.



Os agentes etiológicos mais frequentes são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. A infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e seu período de incubação varia de cinco a 14 dias.

A infecção gonocócica na gestante poderá estar associada a um maior risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal. No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo ocorrer septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

Quando a gestante apresentar queixas de corrimento vaginal, sangramentos, dispareunia e disúria, deve-se avaliar os sintomas e oferecer tratamento e orientações conforme quadro abaixo:

Quadro 15: Sintomas e conduta para queixas de corrimento vaginal, dispareunia e disúria.

Causa	Sintomas	Exame	Orientações e Tratamento
Candidíase vulvovaginal <i>Candida spp</i> <i>Candida albicans</i>	Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; Sem odor; Prurido vaginal intenso; Edema de vulva; Hiperemia de mucosa; Dispareunia superficial.	Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico: pH vaginal < 4,5; testes das aminas negativo; Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de leveduras; Leucócitos frequentes.	Orientar para uso de roupas íntimas de algodão, evitar calças apertadas e retirar roupa íntima para dormir. <ul style="list-style-type: none">• Miconazol creme a 2% - um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU• Nistatina 100.000 UI - um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; OU• Clotrimazol creme 1% - um aplicador (5g) à noite ao deitar-se, por 7 dias. Em gestante o tratamento oral não está indicado. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.



<p>Vaginose bacteriana</p> <p><i>Gardnerella vaginalis</i>; <i>Mobiluncus sp</i>; <i>Bacteroides sp</i>; <i>Mycoplasma hominis</i>; <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios</p>	<p>Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. Sem sintomas inflamatórios.</p>	<p>Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico: pH vaginal superior a 4,5; Teste das aminas positivo; Liberação de odor fétido com KOH a 10%; Leucócitos escassos</p>	<p>Via oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 250 mg, 2cps a cada 12 horas, por sete dias; OU • Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias. OU via intravaginal; • Metronidazol gel 100mg/g, 1 aplicador (5 g), à noite, por cinco dias. <p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.</p>
<p>Tricomoniase</p> <p><i>Trichomonas vaginalis</i></p>	<p>Secreção vaginal amarelo esverdeada, bolhosa e fétida. Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”. Menos frequente: disúria.</p>	<p>Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes; • Teste das aminas negativo ou fracamente positivo; • pH vaginal > 4,5. 	<p>Via oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 250mg, 8 comprimidos, dose única; OU • Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos duas vezes ao dia, por sete dias. <p>TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única (metronidazol 250mg, 8 comprimidos).</p>
<p>Gonorreia</p> <p><i>Neisseria gonorrhoeae</i></p>	<p>Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao</p>	<p>Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.</p>	<p>Primeira escolha: Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única</p> <p>Segunda escolha: Espectinomicina, 2 g IM, dose única OU Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única OU Cefixima, 400 mg, VO,</p>



	toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.		dose única <ul style="list-style-type: none">• TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.• Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.
Clamídia <i>Chlamydia trachom</i>	Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.	O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por C. trachomatis deve ser feito por biologia molecular e/ ou cultura.	Primeira escolha: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única. Segunda escolha: Amoxiciclina, 500 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; OU Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada seis horas, por 7 dias OU Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias. <ul style="list-style-type: none">• TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.• Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.

Fonte: BRASIL, 2020.



7. IMUNIZAÇÃO

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde devem ser ofertadas para gestantes as seguintes vacinas:

Quadro 16: Calendário vacinal da gestante (2020)

Esquema vacinal na gestação		
Vacinas	Esquemas e Recomendações	
	Histórico vacinal	Conduta na gestação
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) - dTpa ou dTpa- VIP	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Pode ser administrada até 36 semanas de gestação.
	Dupla adulto (difteria e tétano) - dT	Em gestantes com vacinação incompleta, tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.*
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação.* Respeitar intervalo mínimo de 1 mês entre elas.
Hepatite B	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido	Aplicação de três doses (0, 1 e 6 meses)
	Esquema vacinal anterior não finalizado	Atualizar com as doses necessárias
Influenza (gripe)	Dose única anual	A vacina está recomendada nos meses da



		sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.
Covid 19	De acordo com calendário vigente	

Fonte: Brasil (2020)

*Podendo ser realizada até 45 dias após o parto

Observação: Não é necessária a realização do exame Anti-Hbs após a vacinação para confirmação de imunidade: o esquema vacinal completo induz concentração de anticorpos protetores em >95% dos lactentes, crianças e adultos jovens saudáveis. Sendo assim, a dosagem de anti-HBs pós-vacinal só deverá ser solicitado para aquelas gestantes que apresentem fator de risco de maior exposição ao vírus ou para perda da resposta de memória imunológica, como as situações listadas a seguir:

- Profissionais de saúde e de segurança pública;
- Filhas de mães HBsAg reagente;
- Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HBV;
- Usuários de drogas injetáveis;
- Pessoas privadas de liberdade;
- Profissionais do sexo;
- Usuárias de PrEP;
- Pessoas trans;
- Pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T CD4+.

8. ARBOVIROSES – ATENDIMENTO ÀS GESTANTES COM EXANTEMA

A ocorrência de Doenças Exantemáticas febris durante a gestação merece atenção diferenciada. Todas as Unidades de saúde devem obrigatoriamente realizar o acolhimento e investigação das gestantes, de qualquer idade gestacional, que apresentem exantema.

Devido a disseminação de seu vetor, o mosquito *Aedes aegypti* no Estado do Rio de Janeiro, os arbovírus da Dengue, Chikungunya (CHIKV) e Zika têm importância epidemiológica no estado. Considerando sua incidência no estado e no município e as consequências clínicas dessas arboviroses em mulheres grávidas, todas as gestantes e sua rede familiar devem ser orientadas sobre a importância da adoção das seguintes medidas de prevenção:

- Medidas de controle do vetor (eliminação de criadouros na região peridomiciliar);
- Colocação de telas em portas e janelas;
- Uso diário de repelente (sobre a utilização de repelente em gestantes ver em <https://aps.bvs.br/aps/gestantes-podem-usar-repelentes-para-mosquitos>).



Além disso, todas devem ser orientadas a buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde em caso de febre acima de 38,5°C, exantema, artralgia ou artrite.

8.1. Dengue

É uma infecção causada por um flavivírus transmitido pela picada da fêmea *Aedes Aegypti*, que apresenta quatro sorotipos diferentes, DENV1, DENV2, DENV3, DENV4. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo. Gestantes, pessoas maiores de 65 anos e pessoas com comorbidades e são considerados parte do grupo de risco. A fisiopatologia da dengue em gestante é igual em gestante e não gestantes, no entanto, por ter transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre (BRASIL, 2016).

Quando a infecção ocorre no período próximo ao parto, maior a chance do RN apresentar quadro clínico de infecção por dengue e da ocorrência de hemorragia no parto ou pós-parto. A dengue perinatal pode causar sofrimento fetal, prematuridade e morte intraútero; sendo assim, a identificação precoce dessa condição é crucial para prevenir o desenvolvimento de complicações.

A doença se manifesta com febre alta (acima de 38°C) de início abrupto que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro-orbital, exantema e prurido cutâneo. Anorexia, náuseas e vômitos são comuns.

Gestantes com sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou ao histórico de febre nos últimos sete dias.

Independente da gravidade do quadro, gestantes com suspeita ou confirmação de dengue devem ser acompanhadas atentamente para o desenvolvimento de sinais de alerta e outras complicações. O tratamento deve ser de acordo com o estadiamento clínico da dengue (seguir nota técnica municipal e fluxograma existente no site da prefeitura).

Deve-se notificar a epidemiologia através do e-mail: notifica@angra.rj.gov.br com cópia para epidemio@angra.rj.gov.br e solicitar dos exames (Hemograma e PCR ou sorologia), mesmo sem sinais de alarme, as gestantes devem permanecer em observação até os resultados dos exames complementares.

O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e sepse, lembrando que eles não só podem mimetizar seu quadro clínico, como podem também estar concomitantemente presentes.

8.2 Zika Vírus

O quadro clínico pode cursar com febre baixa (ou, eventualmente, sem febre), exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos.



O tratamento recomendado para os casos sintomáticos de infecção pelo vírus Zika é baseado no uso de paracetamol para o controle da febre e da dor.

É considerado caso SUSPEITO, toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas. É considerado caso CONFIRMADO toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas, com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika.

O diagnóstico laboratorial específico de vírus Zika baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. Recomenda-se que o exame do material seja realizado, idealmente, até o 5º dia do aparecimento dos sintomas. Deve-se notificar o caso.

O acompanhamento às mulheres com gestações de risco habitual, que tiveram infecção suspeita ou comprovada por zika vírus, deverá continuar sendo realizado pela unidade de atenção primária.

É importante que, durante o acompanhamento do pré-natal dessas gestantes, mantenha-se a atenção a outros agravos que podem acometer a saúde da gestante e dos bebê e ao adequado tratamento deles, além da garantia de realização dos demais exames de rotina do pré-natal. A USG obstétrica de seguimento entre 28 e 30 semanas de gestação deve ser solicitada.

Caso a ultrassonografia obstétrica da gestante identifique feto com circunferência craniana (CC) aferida menor que dois desvios padrões (<2 dp) abaixo da média para a idade gestacional, ou com alteração no sistema nervoso central (SNC) sugestiva de infecção congênita, o médico pode considerar um caso SUSPEITO de microcefalia relacionada ao vírus zika na gestação.

A confirmação de microcefalia relacionada ao vírus zika durante a gestação dá-se pelos seguintes critérios:

- Caso confirmado de feto com microcefalia ou outras alterações pós-infecciosas no SNC relacionadas ao vírus zika: feto com alterações no SNC características de infecção congênita identificada por ultrassonografia E relato de exantema na mãe durante gestação E excluídas outras possíveis causas, infecciosas e não infecciosas.

- Caso confirmado de aborto espontâneo relacionado ao vírus zika: aborto espontâneo de gestante com relato de exantema durante a gestação, sem outras causas identificadas, com identificação do vírus zika em tecido fetal/embrionário ou na mãe.

A equipe de saúde deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada.

Quando necessário, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de Saúde Mental, de acordo com os protocolos assistenciais municipais.



Deve-se notificar a epidemiologia através do e-mail: notifica@angra.rj.gov.br com cópia para epidemio@angra.rj.gov.br.

8.3 Chikungunya (CHIKV)

A CHIKV apresenta na fase aguda os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta (acima de 38°C), artralgia intensa (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular, em geral de 2 a 5 dias após o início da febre em aproximadamente 50% dos doentes.

Define-se como caso suspeito de CHIKV em gestante com risco de transmissão vertical, os casos até 15 dias antes do parto atendam à definição de caso suspeito de CHIKV: febre acima de 38,5°C, artralgia ou artrite intensa não explicada por outras causas, residente ou com deslocamento nas últimas duas semanas para áreas onde esteja ocorrendo casos de CHIKV, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

A transmissão vertical do CHIKV é rara antes de 22 semanas de gestação, e estudos, também com modelos animais, demonstram uma não permissividade à passagem do vírus pela barreira placentária durante exposição antes do parto.

Entretanto, se o feto for acometido nesse período os relatos são de perdas fetais. Após 22 semanas, a infecção ocorre mais em mães que estão com viremia durante o parto. Ainda não se conhece a patogenia da transmissão placentária.

Quando o parto ocorre no período de viremia materna, a taxa de transmissão, neste período, pode chegar a aproximadamente 50%, destes, cerca de 90% podem evoluir para formas graves. O maior risco ocorre nos casos de infecção materna até 04 (quatro) dias antes do parto.

Conduta

A gestante que se enquadra no caso suspeito de Chikungunya deve ter o diagnóstico laboratorial desta arbovirose realizado pela técnica de RT-PCR até o 5º dia do início dos sintomas ou pela sorologia IgM após o 6º dia. A Vigilância Epidemiológica informará onde ocorrerá a coleta do exame.

Para a gestante que entrar em trabalho de parto, ou necessitar de interrupção da gestação até 15 dias após o início dos sintomas, é recomendado o encaminhamento à maternidade de alto risco com UTI neonatal para garantir a adequada assistência ao RN. O RN nascido cuja mãe apresentou Chikungunya no terceiro trimestre de gestação deverá ficar internado sob vigilância por até 07 (sete) dias após o parto.

Deve-se notificar a epidemiologia através do e-mail: notifica@angra.rj.gov.br com cópia para epidemio@angra.rj.gov.br.



9. SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Os profissionais de saúde dos hospitais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção primária.

São fatores que indicam encaminhamento:

- Síndromes hemorrágicas (Ver Síndromes hemorrágicas);
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110) - iniciar tratamento com anti-hipertensivo na unidade de saúde (Ver Síndromes Hipertensivas);
- Suspeita de pré-eclâmpsia (Ver Síndromes Hipertensivas);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclampsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ ou varicosidade aparente);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.;
- Perda de líquido amniótico, confirmada por exame especular ou por diagnóstico por USG de oligodramnia moderada ou severa, independente da coloração visualizada; Índice de Líquido Amniótico (ILA) $<$ 5 cm ou medida de maior bolsão de líquido amniótico $<$ 2 cm;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- Suspeita ou confirmação de incompetência Istmo Cervical (história de partos prematuros), entre 12^a e 16^a semana de gestação, para avaliação quanto à realização de cerclagem;
- Febre, sem conhecimento da causa;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Suspeita ou confirmação de óbito fetal;
- Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h, em gestação com mais de 26 semanas;
- Contrações regulares;
- Idade gestacional \geq 41 semanas;
- Suspeita de Doença Inflamatória Pélvica;



- Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica;
- Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação);
- Trauma abdominal;
- Prolapso de cordão;
- Agudização de doença falciforme;
- Sinais ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso ou febre ou sinais de infecção grave;
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica;
- Sinais de mastite grave ou abscesso mamário, febre ou necrose.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante **não perca o vínculo** com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

10. PUERPÉRIO

Durante o pré-natal a equipe da APS deve orientar a gestante da importância da continuidade do acompanhamento após o parto e deve se organizar para (BRASIL, 2016):

1.1. Agendar o primeiro atendimento na unidade básica de saúde no momento da alta na maternidade, preferencialmente de 7 a 10 dias;

1.2. Realizar uma visita domiciliar na primeira semana após alta do RN, nos casos de RN de alto risco é indicado que a VD ocorra em até 3 dias após a alta;

1.3. Agendar a consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.

O Puerpério ou pós-parto é um período cronologicamente variável durante o qual as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam às condições vigentes antes da gravidez.

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos genital e endócrino, mas no seu todo.

O puerpério inicia-se uma ou duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela sofrerá modificações da gestação (lactância). Pode-se didaticamente dividir o puerpério em:

- Imediato (1º ao 10º dia) – onde domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou



hiperplasiadas na gravidez, notadamente da genitália, ao lado de alterações gerais e, sobretudo endócrinas;

- Tardio (10º ao 45º dia) – É período de transição onde continua a recuperação genital, no entanto numa velocidade menor, e onde a lactação começa a influenciar o organismo;

- Remoto (além do 45º dia) – É período de duração imprecisa, dependente da amamentação. As mães que amamentam integralmente podem ficar amenorréicas no pós-parto por mais de 12 meses, enquanto as não lactantes a menstruação retorna, em média com 6 a 8 semanas. A amamentação de curta duração ou parcial, são menos eficientes para prolongar a amenorréia pós-parto.

A avaliação na consulta puerperal deve abranger:

- Escutar as dúvidas e queixas da mulher;
- Verificar as condições da gestação;
- Verificar no cartão da gestante as informações do parto: data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação e possíveis intercorrências;
- Verificar dados do RN - ver cuidados com RN;
- Em caso de parto vaginal: avaliar ocorrência de lacerações ou episiotomia, perguntar sobre dor em local da sutura, presença de sinais flogísticos e outras alterações;
- Em caso de cesariana, perguntar sobre sinais flogísticos na ferida operatória;
- Orientar a puérpera sobre sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica, leucorreia fétida, alterações na PA tontura e alterações na mama.

São pontos fundamentais do exame físico do puerpério:

- Avaliação da Temperatura, Pressão Arterial e Frequência Cardíaca;
- Avaliação cicatriz do parto; exame das Mamas e mamilo para identificação de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Exame do abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se cesariana);
- Exame do períneo e genitais externos (verificar presença e características dos lóquios, avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia);
- Observar o vínculo entre mãe e filho;
- Avaliar a mamada efetiva;
- Orientar sobre o Planejamento Reprodutivo;
- Preencher a caderneta da Gestante;
- Realizar o desfecho do pré-natal.

Como Plano de cuidados no puerpério sugere-se:

- Orientar, estimular e apoiar a mulher e a família na amamentação exclusiva;
- Orientar cuidados com as mamas;



- Orientar ingestão hídrica frequente;
- Incentivar a prática de exercícios físicos durante o puerpério;
- Avaliar sinais de sofrimento psíquico;
- Verificar calendário vacinal da mulher;
- Retirar os pontos da cesariana entre 7 e 10 dias após o parto;
- Tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo;
- No puerpério tardio orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da Mulher;
- As puérperas que foram acompanhadas em serviço de referência de alto risco, também devem ser avaliadas pelo serviço especializado;
- Em caso de comorbidades, revisar a terapêutica medicamentosa e outras condutas.

11. ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A atenção à saúde bucal é parte integrante do cuidado pré-natal. Toda gestante deve ter acesso a, no mínimo, uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais, conforme as necessidades individuais da gestante (BRASIL, 2018).

A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal, independente de haver alguma queixa bucal ou não. O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê (BRASIL, 2006).

Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, é fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança (BRASIL, 2018).

As alterações bucais mais frequentes durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite, sendo a primeira a de maior prevalência. Entretanto, essa disbiose não é predisposta pela gestação, mas por alterações na dieta, hiperacidez do meio bucal e, principalmente, a desinformação sobre higienização bucal (MONTANDON et al, 2001).

A gravidez, por si só, também não determina a doença periodontal. A gestação acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em quem já apresenta falta de controle de placa (BRASIL, 2006). Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca.

As gestações consideradas de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada) devem realizar o atendimento odontológico nos Centros de Especialidades Odontológicas ou na Atenção Especializada Hospitalar.



O primeiro trimestre é o período da embriogênese no qual o feto é mais suscetível à influência teratogênica e ao aborto. Sempre que possível, postergar a intervenção odontológica clínica para o segundo trimestre. Neste período podem ser realizados: o acolhimento, a profilaxia, e quando houver necessidade eliminar focos infecciosos e tratamentos restauradores.

O segundo trimestre é o melhor período para o tratamento odontológico, podendo realizar procedimentos tais como: profilaxia, tratamento periodontais, restaurações básicas, endodontias, cirurgias e exodontias, caso seja necessário.

No terceiro trimestre, o risco de síncope e hipertensão é maior devido à posição do feto, assim como as demandas cardiovasculares. Há maior risco de anemia, eclâmpsia e hipertensão. Devido

As grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas devem ser programadas para depois do nascimento do bebê devido ao risco de estresse e bacteremia.

Os profissionais de saúde bucal podem organizar atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares, orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal; orientar sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico (BRASIL, 2012a).

Além disso, a equipe de saúde pode realizar grupos educativos para acompanhamento do processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizar a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança, bem como a observação de fatores que podem influenciar neste processo, como limitações no movimento da língua, diagnosticáveis através do teste da linguinha, sendo o dentista, o médico e o enfermeiro alguns dos profissionais mais indicados. É de competência da atenção primária a aproximação com essas famílias, possibilitando a intervenção de forma adequada, ampla e direta, bem como estarem devidamente informados, atualizados e capacitados.

Algumas atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas pelo técnico em saúde bucal (TSB) ou auxiliar de saúde bucal (ASB). Estes podem apoiar na desmistificação do atendimento odontológico e esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes ao tratamento odontológico.

O esquema de Intervenções Odontológicas recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) estão relacionados: Realizar anamnese e exame clínico visando buscar informações sobre possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante, elaborando o melhor plano de tratamento possível; avaliar sinais vitais antes do atendimento; evoluir no prontuário da paciente.

Corroborando o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), ressaltamos algumas atribuições do cirurgião dentista no pré-natal:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-



natal, da amamentação e da vacinação;

- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Realizar busca ativa das gestantes de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos saudáveis e de higiene bucal.

Cabe reafirmar a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no acompanhamento das gestantes e bebês, configurando-a como porta de entrada preferencial no cuidado em saúde, que possui o maior vínculo e capilaridade com os usuários e a família. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) só devem ser utilizados como um ponto referenciado da rede de atenção em saúde bucal, caso a gestante tenha essa necessidade de saúde. A APS deve realizar a primeira consulta odontológica da gestante e acompanhá-la durante o pré-natal, compreendendo que ela já fazia parte de seu território e por alguns meses passará por um processo natural (mas diferenciado) que requer atenção.



REFERÊNCIAS

ANGRA DOS REIS. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Portaria Nº 0063, de 07 de Outubro de 2021. Institui o Protocolo de Solicitação de Ultrassonografias com vistas à organização do acesso aos exames diagnósticos e de acompanhamento como instrumento de garantia a melhor alternativa de assistência em saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Brasília, 2015, última modificação em 02/10/19.

_____. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

_____. Ministério da Saúde. Calendário nacional de vacinação 2020. <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS / org Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. - 2.ed. - BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 1. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional. Brasília, 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Relatório de Recomendação. Ceftriaxona para tratamento da Sífilis em gestantes com alergia confirmada à penicilina. nº153. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. - Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 248 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. - Brasília : Ministério da Saúde, 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2020. disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. - Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). Nota Informativa Nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações



Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS. Nota Técnica nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 21. BRASIL. Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação, Gestação de Alto Risco. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia Gestação de Alto Risco, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016. 32p.

PEIXOTO, S. Manual de Assistência Pré-Natal -- 2a. ed. -- São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014 08.pdf

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Hepatites Virais- Prevenção da Transmissão Vertical. Rio de Janeiro, 2020.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-natal de Rico Habitual. Rio de Janeiro, 2015.

SBIM. Calendário de vacinação SBIM Gestantes: recomendações da sociedade brasileira de imunizações (SBIM). <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. 2014-2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional/001-Diretrizes-SBD-Diabetes-Gestacional-pg192.pdf>