



Protocolo Municipal



**Pré-Natal de Risco Habitual e
Critérios para Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)**

Sumário

Introdução	5
Cuidados Pré-Natal	6
Situações de Seguimento em Pré-Natal de Risco Habitual	8
1ª Consulta (Enfermeiro)	8
2ª Consulta (Médico)	11
Consultas de 14 a 26 semanas	13
Consultas de 24 a 28 semanas	14
Consultas de 28 a 32 semanas	14
Consultas de 32 a 34 semanas	15
Consultas de 34 a 36 semanas	16
Consultas de 36 a 40 semanas	16
Consultas a partir de 40 semanas	17
Orientações Específicas para Encaminhamentos	18
Consultas PNAR	19
Situações de encaminhamento ao PNAR	19
Hipertensão Arterial Crônica / Hipertensão Gestacional / Pré-eclâmpsia	21
Diabetes Mellitus Gestacional	22
Alterações da Tireoide	24
Sangramento na gestação	25
Obesidade	26
Gestações gemelares	26

Cardiopatas maternas	26
Asma crônica ou DPOC	27
Anemia	27
Epilepsia	28
Alterações de citologia oncótica	28
Isoimunização Rh	28
Infecção urinária	28
Antecedente de cirurgia bariátrica	29
Polidrâmnio ou macrossomia fetal	29
Iteratividade (Antecedente de duas ou mais cesarianas)	30
Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar	30
Insuficiência renal crônica	30
Síndrome de anticorpo antifosfolípide	30
Doenças Reumatológicas colagenoses, doenças autoimunes	31
Malformações uterinas	31
Miomatose uterina	31
Doenças psiquiátricas ou drogadição grave	31
Toxoplasmose aguda	31
Hepatites/HIV/Rubéola	32
Referências	32
Anexo I	34
Anexo II	36
Anexo III	37
Anexo IV	38

Anexo V	39
Anexo VI	40
Anexo VII	41
Anexo VIII	42
Anexo IX	45

Ficha Técnica

Créditos, Distribuição e Informações

Coordenadora Assistencial (FUABC)

Jaqueline Priscila dos Santos

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

Débora Rocha Diniz

Coordenador da Atenção Secundária em Saúde

Thiago Alexandre Ciafa Guidi

Departamento de Educação Permanente em Saúde

Claudia Eliane Pizzi

Secretário da Saúde Itatiba/SP

Renan Dias Irabi

Revisão

Coordenadora Médica (FUABC)

Cláudia Regina Swenson

Coordenadora Educação Permanente

Claudia Eliane Pizzi

Organização e Elaboração

Coordenadora Médica (FUABC)

Cláudia Regina Swenson

Médica Ginecologista

Dr^a Karen Cristina Tjioe

Coordenadora Assistencial (FUABC)

Jaqueline Priscila dos Santos

Coordenadora CAISMI

Gabriela Bertaglia Deiroz

Coordenadora Assistencial (FUABC)

Jaqueline Priscila dos Santos

Coordenadora CAISMI

Gabriela Bertaglia Deiroz

1

Introdução

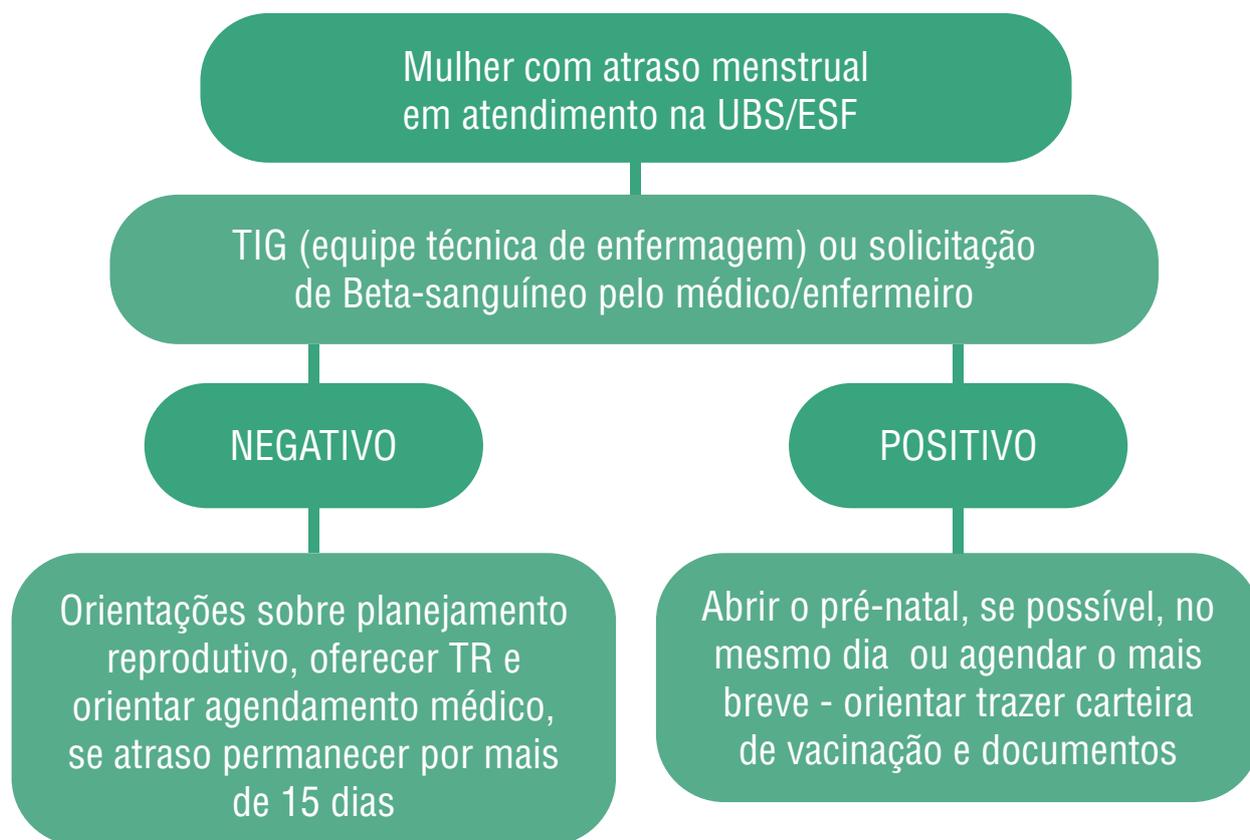
As gestantes, seus parceiros e suas famílias devem sempre ser tratados com gentileza, respeito e dignidade. O cuidado centrado na pessoa deve ser utilizado como ferramenta fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS).

As mulheres devem ter a oportunidade de tomar decisões, informadas sobre seu acompanhamento e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde.

Aceitar ou rejeitar os procedimentos propostos são direitos da usuária. Uma boa comunicação entre os profissionais e a gestante é essencial. Forneça informações de fácil compreensão para todas as mulheres, possibilitando a tomada de decisões informadas e que sejam consistentes e baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Recomenda-se o uso de material escrito para reforço destas informações. As informações devem contemplar: onde e por quem a gestante será acompanhada, o número e a periodicidade usual de consultas, e o convite para participação em grupos educativos sobre gestação e amamentação. São atitudes fundamentais para uma atenção pré-natal adequada: respeitar as decisões da mulher, mesmo quando as opiniões são contrárias às suas próprias, prover oportunidades para que sejam discutidas preocupações e dúvidas, verificar o entendimento das informações prestadas, fornecer tempo suficiente para a tomada de decisões e fornecer explicações sobre os exames indicados, propiciando discussão sobre o assunto. As mulheres devem sentir-se confortáveis para discutir questões íntimas e revelar problemas. Esteja alerta aos sinais e sintomas de violência doméstica. Para que um pré-natal tenha sucesso é necessário que toda a equipe esteja conectada, começando pela porta de entrada de cada unidade, recepção, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

Fluxo de introdução ao Pré-Natal da gestante e do parceiro



2

Cuidado Pré-Natal

Os profissionais de atenção primária devem realizar o pré-natal de risco habitual, provendo cuidado contínuo no decorrer da gravidez. Serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos apenas quando se faz necessário cuidado adicional, e a gestante deve permanecer em acompanhamento pela UBS ou ESFs responsável pela coordenação do cuidado até o final do pré-natal (conforme protocolo PNAR).

Todos os membros das equipes devem envolver-se no cuidado à gestante. Idealmente, as consultas devem ser alternadas entre médico e enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais à gestante.

Não existe uma regra definida para o calendário de consultas. O Ministério da Saúde (MS) recomenda um número mínimo de sete consultas de pré-natal e que o início seja precoce (primeira consulta deve ocorrer no primeiro trimestre, até a 12ª semana gestacional). O início oportuno do pré-natal é essencial para intensificar a relação entre a equipe e usuários (as), auxiliar no diagnóstico precoce de alterações, realização de intervenções adequadas e identificar expectativas em relação à gestação. Não há evidências de que um número maior de consultas melhore os desfechos da gestação, porém aumenta a satisfação. **O RISCO GESTACIONAL DEVE SER REAVALIADO A CADA CONSULTA.**

Sugerimos consultas mensais até 28 semanas **INTERCALADAS** entre médico e enfermeira, quinzenais com médico até 36 semanas e semanais com médico até o parto. A cada consulta: avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, verificar pressão arterial (PA), altura uterina e interpretar gráfico de evolução, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução, membros inferiores (edema e sinais de trombose), batimentos cardíacos (BCF), exames solicitados e a solicitar, tratamentos instituídos e sua adesão. Na ausência do profissional médico a consulta poderá ser realizada pelo enfermeiro e vice-versa sem interrupção do acompanhamento.

Os atendimentos no início da gestação podem ser mais longos, a fim de prover informações e tempo para discussão sobre rastreamentos, de forma que a mulher possa tomar decisões informadas. Não existe alta do pré-natal. A gestante deve ser avaliada até o 7º dia pós-parto incluindo avaliação da amamentação, RN e condições locais. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal encerra-se apenas após a realização de pelo menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 42º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal.

Os registros da atenção pré-natal devem ser completos e estruturados, com todas as informações contidas no prontuário e no cartão da gestante, que é uma importante ferramenta para a coordenação do cuidado.

Situações de Seguimento em Pré-Natal de Risco Habitual:

- Obesidade de todos os graus;
- Gestantes adolescentes ou com idade maior que 40 anos;
- Placenta baixa antes de 27 semanas;
- Gestação anterior com malformações;
- Antecedente de diabetes ou hipertensão gestacional;
- Doenças psiquiátricas leves/moderadas;
- Doenças clínicas compensadas (como asma leve);
- Sangramento de primeiro trimestre (desde que não haja nenhum antecedente);
- Hematoma/coleção retro coriônica/placentária no primeiro trimestre.

3

1ª Consulta (Enfermeiro)

- Realizar pré consulta com aferição da P.A. e antropometria (incluindo IMC);
- Realizar abertura de pré-natal com resultado de TIG da unidade ou BHCG;
- Fazer os testes rápidos que detectam IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C), **no momento da abertura** ou agendar o mais breve possível;
- Perguntar a DUM e calcular a DPP, lembrando que a primeira consulta idealmente deve ocorrer até a 12ª semana.
 - Avaliar o abdome da paciente, para verificar se o exame físico é compatível com a idade gestacional calculada pela DUM. Aferir altura uterina e auscultar batimentos cardíacos fetais se exame físico sugestivo de gravidez acima de 12 semanas;
 - Avaliar queixas;
 - Avaliar classificação de risco gestacional;
 - Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose);
 - Anotar todos os dados em sistema próprio utilizado pelo município e na carteirinha de gestante **Anexo 1** (DUM, DPP, quantidade de gestações, partos, tipos de partos, filhos vivos, intervalo entre os partos, abortos e idade gestacional dos abortos atentando para abortos consecutivos ou acima de 12 semanas, comorbidades, histórico de trombose, medicações em uso, vícios, alergias...

medicamentosas, cirurgias prévias, ginecopatias, intercorrências gestacionais prévias como diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, prematuridade, peso RN menor que 2,5 Kg ou maior que 4Kg, malformações fetais, óbito perinatal, histórico familiar em parente de primeiro grau de pré-eclâmpsia, cardiopatia congênita)

Exames que devem ser solicitados:

- ABO/RH (se paciente referir ser Rh negativo, já incluir Coombs Indireto na solicitação e orientar coleta de Tipagem Sanguínea do parceiro);
- Hemograma;
- Glicemia de jejum;
- VDRL;
- Toxoplasmose IgG/Igm (observar se já tem sorologia em pré-natal anterior com IgG +, se sim, não solicitar);
- Urina I + Urocultura + Antibiograma;
- TSH (para todas as gestantes);
- Testes Rápidos (HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis);
- USG Obstétrica com Translucência Nucal (Realizar entre 12 e 14 semanas).

Orientações de Prescrições:

Iniciar a suplementação (escrever **uso contínuo** na receita):

- Ácido fólico 5mg: 1 comprimido ao dia – ser mantido até 14^a semana (com possibilidade de manutenção até final da gestação);
- Sulfato ferroso 40mg: 2 comprimidos ao dia até 3 meses após o nascimento (deve ser corrigida a dose caso a gestante apresente anemia). Ingerir preferencialmente longe das refeições (ex. 1 hora antes do almoço);
- Carbonato de Cálcio 1250mg (500mg de cálcio elementar) + 400UI de Vitamina D3: 2 comprimidos ao dia. A partir da 12^a semana (não tomar em jejum e nem junto com sulfato ferroso para não prejudicar a absorção pelo menos duas horas de espaço entre as medicações - orientação ingerir medicação com um copo de leite ou suco no período noturno).

***A Nota Técnica Conjunta nº 251/2024 do Ministério da Saúde recomenda a suplementação de cálcio para todas as gestantes. A suplementação é uma estratégia para prevenir complicações graves, como a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia.**

- Orientar hábitos e higiene alimentar (atentar para condições e limpeza dos alimentos), prevenção de toxoplasmose (cuidado na manipulação e ingestão de alimentos crus, evitar contato com fezes de gatos e manipulação de terra e areia), prevenção de arboviroses (uso de repelentes e cuidados com ambiente);
- Garantir consulta nutricional para as pacientes com IMC acima de 29,9, ou com história de diabetes gestacional na gravidez anterior ou com outras comorbidades prévias que justifiquem o encaminhamento (ex. dislipidemia prévia).
- Orientar sobre estilo de vida, incluindo cessar ou diminuir o fumo, o uso de drogas e o consumo de álcool caso haja necessidade;
- Agendar consulta ODONTOLÓGICA na unidade;
- Abordar o tema sobre o PLANEJAMENTO REPRODUTIVO e a LEI 9263. Caso a gestante apresente desejo encaminhar para o processo da laqueadura o mais breve possível e até no máximo 26 semanas da atual gestação.
- Orientar sinais de alarme para procura do pronto atendimento (Santa Casa de Misericórdia- Maternidade)
- Orientar e convidar para participar de grupos educativos - **Anexo 8**;
- Orientar sobre imunizações recomendadas na gestação e encaminhá-la à sala de vacinas se necessário:

	Vacinação da Gestante
dTpa	a partir de 20 semanas: Se esquema incompleto de Dt, prosseguir com as próximas doses de Dt, após a dTpa.
Hepatite B e dT	paciente sem as doses completas iniciar com 16 semanas
Influenza	período sazonal
Covid 19	Monovalente (XBB) a partir de 16 semanas, duas doses com intervalo mínimo de 6 meses (podendo a segunda dose ser no puerpério)

Observação: Demais vacinas do calendário Nacional não devem ser administradas durante a gestação.

4

2ª Consulta (Médico)

- Avaliar todos os exames solicitados anteriormente; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;
- Corrigir dosagem de ferro caso hemoglobina esteja alterada (abaixo de 11 com achados sugestivos de ferropriva – VCM e/ou HCM diminuídos – solicitar perfil do ferro (ferro, ferritina, IST, TIBC);
- Se o fator Rh for negativo, solicitar tipagem sanguínea do pai do bebê; caso não tenha solicitado na consulta do parceiro e solicitar Coombs indireto da gestante (caso o fator Rh do parceiro seja (+) o Coombs indireto da paciente deve ser solicitado – mensalmente até 28ª semanas quando realizará a imunoglobulina anti-Rh. Não colher mais Coombs após a imunoglobulina);
- Caso a gestante já tenha realizado o 1º USG obstétrico e já tenha confirmação da DUM, solicitar o USG Morfológico de 2º trimestre entre 20-24 semanas de gestação (no pedido de USG morfológico, sempre deve constar a idade gestacional da paciente no momento do pedido, DUM e DPP);
- Redatar a idade gestacional se a margem de erro entre a idade gestacional pela DUM e pelo primeiro US for relevante;
- Solicitar VDRL mensal nas gestantes já tratadas por sífilis;
- Solicitar mais exames se julgar necessário;
- Informar e orientar a paciente sobre a laqueadura, caso tenha interesse, encaminhar para a abertura do processo de Planejamento Familiar;
- Caso tenha alteração de glicemia, seguir critérios para o PNAR;
- Questionar sobre histórico obstétrico, quantidade de gestações, partos, tipos de partos, filhos vivos, intervalo entre os partos, abortos e idade gestacional dos abortos atentando para abortos consecutivos ou acima de 12 semanas, comorbidades, histórico de trombose, medicações em uso, vícios, alergias medicamentosas, cirurgias prévias, ginecopatias, intercorrências gestacionais prévias como diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, prematuridade, peso RN menor que 2,5 Kg ou maior que 4Kg, malformações fetais, óbito perinatal, histórico familiar em parente de primeiro grau de pré-eclâmpsia, cardiopatia congênita.

- Avaliar necessidade de profilaxia para pré eclâmpsia: AAS 100mg/noite e aumentar dosagem de carbonato de cálcio para 03 cp/dia;
- Registrar todos os dados e atendimento no Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes

Risco	Fator de Risco
<p align="center">Alto Um fator de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • História de pré-eclâmpsia; • Gestação múltipla; • Obesidade (IMC > 30 kg/m²); • Hipertensão arterial crônica; • Diabetes tipo 1 e 2; • Doença renal crônica; • Doenças autoimunes: Lúpus, SAAF, entre outras; • Gestação decorrente de reprodução assistida (FIV).
<p align="center">Moderado Dois ou mais fatores de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nuliparidade; • História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs); • Idade ≥ 35 anos; • Intervalo > 10 anos desde a última gestação; • Condição sócio-econômica desfavorável; • Raça/Cor: preta ou parda; • Gravidez prévia com desfecho adverso relacionado a disfunção placentária: <ul style="list-style-type: none"> - Descolamento prematuro de placenta; - Restrição de crescimento fetal; - Trabalho de parto prematuro; - Óbito fetal.

5

Consultas de 14 a 26 semanas (2º trimestre) - Intercaladas Médico e Enfermeiro

- Coombs indireto para as gestantes fator Rh negativo de parceiros Rh+;
- Solicitar ultrassom morfológico de 2º trimestre caso ainda não tenha sido solicitado, lembrando que o mesmo deverá ser feito entre a 20ª e 24ª semana;
- Solicitar teste de tolerância à glicose (TOTG) em pedido separado para ser realizado entre 24 e 28 semanas, somente nos casos de glicose de jejum < 92 mg/dl; (Solicitar nova sorologia de Toxoplasmose se IgG/IgM negativos na primeira rotina)
- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;
- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução e auscultar BCF;
- Medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose);
- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, reforçar orientações hábitos de vida, profilaxias infecciosas e sinais de alarme.
- Checar Vacinação – a partir de 16 semanas a gestante já pode receber o reforço da vacina Covid caso a última dose tenha sido há mais de 6 meses e a partir de 20 semanas a gestante já poderá ser vacinada com a Vacina DTPA; Lembrar da vacinação Influenza no período sazonal
- Após checagem do primeiro ultrassom, realizar exame citopatológico de colo uterino de acordo com periodicidade do Ministério da Saúde e Protocolo Municipal.
- Informar e orientar a paciente sobre a laqueadura, caso tenha interesse, encaminhar para a abertura do Planejamento Familiar.
- Registrar todos os dados e atendimento no Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes;

6

Consultas de 24 a 28 semanas

Médico ou Enfermeiro

- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução e auscultar BCF;
- Medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose);
- Solicitar exames da 2ª Rotina (realizar entre 28 e 32 semanas): Hemograma, glicemia de jejum, urina 1, urocultura, VDRL, testes rápidos HIV, Sífilis;
- Solicitar exame de Coombs indireto para gestantes Rh negativo de parceiros Rh+ mensal até 28ª semana; iniciar o processo de Aloimunização RH conforme **Anexo 2**;
- Verificar resultado de USG Morfológico e do TOTG, se já realizado;
- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, checar atualização das vacinas recomendadas na consulta anterior, reforçar orientações hábitos de vida, profilaxias infecciosas e sinais de alarme;
- Oferecer e encaminhar gestante para o Projeto Meu Bebê **Anexo 3**;
- Registrar todos os dados e atendimento no Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes.

7

Consultas de 28 a 32 semanas

Médico ou Enfermeiro – intercalado com a consulta anterior

- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução e auscultar BCF;
- Medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose);
- Verificar resultado de TOTG, se ainda não verificado;

- Solicitar os exames: Hemograma, glicemia de jejum, Urina 1, urocultura, VDRL, Testes rápidos de HIV e sífilis, toxoplasmose se IGG não reagente;
- Solicitar o USG obstétrico de 3º trimestre;
- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;
- Verificar se a gestante Rh negativo com parceiro Rh+ realizou Imunoglobulina;
- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, checar se foram atualizadas as vacinas, reforçar orientações hábitos de vida, profilaxias infecciosas e sinais de alarme;
- Registrar todos os dados e atendimento no Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes.

8

Consultas de 32 a 34 semanas quinzenais - consultas médicas

- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução, auscultar BCF, medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose);
- Checar o USG obstétrico de 3º trimestre com atenção ao percentil do peso fetal;
- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares solicitados; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;
- Verificar se a gestante Rh negativo com parceiro Rh+ realizou Imunoglobulina (prazo máximo até 34 semanas);
- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, checar se foram atualizadas as vacinas, reforçar orientações hábitos de vida, profilaxias infecciosas e sinais de alarme;
- Fornecer informações específicas sobre: Preparação para o parto, reconhecimento do trabalho de parto ativo e preparação para lidar com a dor;
- Registrar todos os dados e atendimento no Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes.

9

Consultas de 34 a 36 semanas quinzenais - consultas médicas

- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução, auscultar BCF, medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose)
- Verificar a posição (apresentação e não posição) fetal e registrar no cartão da gestante;
- Solicitar o exame de Pesquisa de Streptococcus anal e vaginal que dever ser feita entre 35^a e 37^a semanas. Orientações em **Anexo 4**;
- Checar o USG obstétrico de 3^o trimestre com atenção ao percentil do peso fetal se ainda não tiver sido checado na consulta anterior;
- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares solicitados; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;
- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, checar se foram atualizadas as vacinas, reforçar orientações hábitos de vida, profilaxias infecciosas e sinais de alarme;
- Fornecer informações específicas sobre: Preparação para o parto, reconhecimento do trabalho de parto ativo e preparação para lidar com a dor,
- Solicitar exames que julgar necessário;
- A partir da 34^a semana, pode-se solicitar à gestante que faça o mobilograma. **Anexo 5**;
- Registrar todos os dados e atendimento no Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes.

10

Consultas de 36 a 40 semanas

- Nesse momento é importante que a gestante passe na unidade uma vez por semana;

- Solicitar o exame de Pesquisa de Streptococcus anal e vaginal que dever ser feita entre 35^a e 37^a semanas **caso não tenha sido solicitado**; checar caso tenha sido realizado (**Não tratar durante a gestação, a antibioticoprofilaxia nos casos positivos será feita no diagnóstico do trabalho de parto ou após a ruptura prematura das membranas**);
- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução, auscultar BCF, medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose)
- Verificar a posição (apresentação e não posição) fetal e registrar no cartão da gestante;
- Checar o USG obstétrico de 3^o trimestre com atenção ao percentil do peso fetal se ainda não tiver sido checado na consulta anterior;
- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares solicitados; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;
- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, checar se foram atualizadas as vacinas, reforçar orientações hábitos de vida, profilaxias infecciosas e sinais de alarme.
- Fornecer informações específicas sobre: Preparação para o parto, reconhecimento do trabalho de parto ativo e preparação para lidar com a dor,
- Reforçar os sinais de trabalho de parto para procurar a maternidade;
- Registrar todos os dados e atendimento em Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes;
- Orientar e fornecer o Termo de Cesaria se for vontade da paciente. **Anexo 9.**

11

Consultas a partir de 40 semanas

- Aferir pressão arterial, peso/IMC e interpretar gráfico de evolução, auscultar BCF, medir altura uterina e interpretar gráfico de evolução;
- Avaliar membros inferiores (edema e sinais de trombose)
- Verificar a apresentação fetal e registrar no cartão da gestante;
- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares solicitados; instituir conduta adequada diante de resultados alterados;

- Avaliar queixas, intercorrências no período entre as consultas, reavaliar a classificação de risco gestacional, tratamentos/profilaxias instituídos e sua adesão, reforçar sinais de alarme.
- Esclarecer as dúvidas que a gestante ainda tiver;
- Encaminhar a gestante para a maternidade de referência para cardiocotografia, e conduta de indução do parto se for o caso.
- Registrar todos os dados e atendimento em Sistema próprio do Município (Assessor) e carteirinha de gestantes.

12

Orientações Específicas para Encaminhamentos

É obrigatório o encaminhamento da paciente para o pré-natal de alto risco (PNAR) com:

- Formulário CAISMI, preenchido corretamente;
- Rotina laboratorial e exames ultrassonográficos referentes ao período de gestação.
- Cartão pré-natal preenchido com dados da rotina laboratorial, descrição de laudos ultrassonográficos;
- Receitas pertinentes ao acompanhamento.

*Citologia oncológica deve ser coletada na APS de referência da paciente, conforme faixa etária e periodicidade do Ministério da Saúde.

Quem pode encaminhar:

- Médicos e enfermeiros.

*Os casos não pertinentes ao PNAR, após avaliação médica, serão orientados a retornar à unidade para o acompanhamento de pré-natal de baixo risco.

*Casos em acompanhamento do CAISMI, deverão manter o seguimento na unidade de referência. (**Com enfermeiro** - podendo este ser via contato telefônico e registrado em prontuário - [pdfhttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)).

13

Consultas PNAR

As consultas deverão ser agendadas através de encaminhamento da equipe assistencial via e-mail.

Não há atendimento de urgência, casos com esse grau prioridade e gravidade devem ser direcionados à maternidade.

*Atualmente o PNAR, está localizado no CAISMI.

<https://itatiba.sp.gov.br/secretarias/saude/rede-especializada/caismi-centro-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher>

Consultas com outras especialidades:

Para as gestantes que durante o pré-natal precisarem de seguimento com outras especialidades (Psiquiatria, Cardiologia, Pneumologia etc.), as consultas deverão ser agendadas pela unidade de saúde de referência.

Finalização do pré-natal de alto risco:

Após a primeira consulta do puerpério ou cessando a necessidade do acompanhamento, as pacientes serão orientadas a retornar à unidade de referência.

14

Situações de encaminhamento ao PNAR

- Abortamento habitual (3 ou mais abortos consecutivos) ou algum abortamento tardio (> 12 semanas);

- Antecedente de parto pré-termo prévio espontâneo (< 34 semanas) sem algum fator desencadeante (corioamniorrexe, malformações etc.) ou antecedente de cerclagem ou de colo curto (abaixo de 25 mm);
- Antecedente de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade de ou restrição de crescimento fetal grave ou abaixo de 32 semanas ou de descolamento prematuro de placenta no segundo/terceiro trimestre (não confundir com descolamentos coriônicos do primeiro trimestre);
- Antecedente de morte perinatal sem causa justificada;
- Pacientes Rh negativas com Coombs indireto positivo sem vacina anti-Rh prévia (isoimunização Rh);
- Desvios quanto ao crescimento uterino (suspeita de restrição de crescimento intrauterino, feto PIG, feto GIG), número de fetos (qualquer gemelaridade) e volume do líquido amniótico (oligo, poli ou anidrâmnio);
- Malformações fetais;
- Antecedente de TVP/TEP;
- Uso abusivo de substâncias psicoativas durante a gestação (como cocaína, LSD, etilismo);
- Placenta prévia (diagnosticada acima de 28 semanas);
- Suspeita de acretismo placentário ao ultrassom;
- IgM para toxoplasmose positivo;
- Intercorrências clínicas (doenças associadas):
 - Diabetes ou outras endocrinopatias (como disfunções tireoidianas – TSH >2,5 ou supresso afastado hipertireoidismo transitório);
 - Hipertensão arterial;
 - Neoplasia materna;
 - Epilepsia;
 - Doenças infecciosas, como HIV;
 - Ginecopatias (malformação uterina, miomatose de grande volume, tumores anexiais);
 - Doenças autoimunes (lúpus, SAAF outras colagenoses);
 - Pneumopatias maternas (asma moderada/grave);
 - Cardiopatias maternas;
 - Anemia grave (Hb menor ou igual a 8), ou entre 8 e 11 g/dl sem melhora com tratamento otimizado;
 - Histórico de cirurgia bariátrica;

- Doença inflamatória intestinal;
- Insuficiência renal crônica;
- Distúrbios hematológicos;
- Doenças hepáticas;
- Lesões que atrapalhem o canal de parto;
- Infecção urinária (apenas após segundo episódio de pielonefrite na gestação);
- Doenças psiquiátricas graves ou descompensadas.

Hipertensão Arterial Crônica / Hipertensão Gestacional / Pré-eclâmpsia

O critério para o diagnóstico:

Duas aferições de PA igual e/ou maior a 140 x 90mmhg (mínimo 4 a 6 horas de intervalo entre as medidas).

Orientações para medição da PA:

- Paciente sentada, sem as pernas cruzadas, com braço adequadamente apoiado e sem bolsas ou outros objetos no colo;
- Bexiga vazia;
- **EVITAR** o fumo por pelo menos 30 minutos, quadros de dor, ansiedade ou agitação;
- Repouso de pelo menos 3 minutos.

Manguito correto: Para pacientes que possuem a circunferência do braço maior que 34 cm, deve-se medir a pressão com o manguito maior (de obeso), se não as medidas serão superestimadas³.

**A aferição da PA em DLE (decúbito lateral esquerdo) não é considerada para diagnóstico, e sim para tratamento (melhora dos níveis pressóricos).*

Condutas iniciais:

- Solicitar curva pressórica (frequência pelo menos 3x/semana);
- Orientações de dieta e atividade física regular (caminhadas 30 minutos, pelo menos 3x/ semana) caso não haja outra contraindicação.
- Substituir por metildopa (dose mínima: 250mg de 8/8h). Caso a paciente utilize:
 - **Inibidores de ECA** (captopril/Enalapril);
 - **Bloqueadores de receptor de angiotensina II** (Losartana);
 - **Diuréticos** (Furosemida, Hidroclorotiazida).

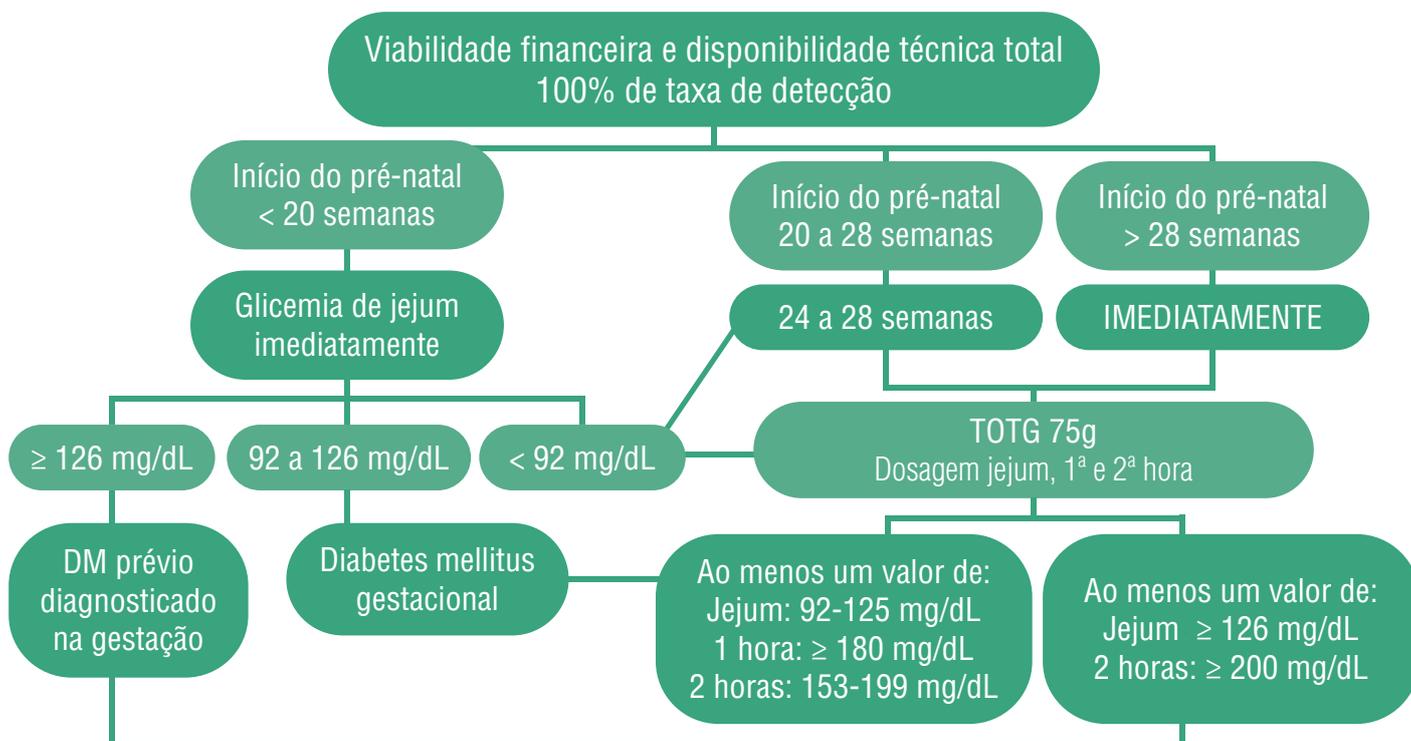
- Se hipertensão crônica, prescrever:
 - AAS 100 mg/dia a partir de 12 semanas de gestação (e preferencialmente antes de 16 semanas);
 - Carbonato de cálcio (500mg 3x/dia) para prevenção de pré-eclâmpsia.
- Se PA **sistólica > ou igual 160 ou diastólica > ou igual a 110 mmHg**, encaminhar **IMEDIATAMENTE** à maternidade.

Encaminhamento deve conter:

- Idade gestacional;
- Diagnóstico de hipertensão prévio a gestação (sim/não) se não, idade gestacional do diagnóstico;
- Duas medidas de PA com data;
- Resultado de proteinúria com data;
- Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes.

Diabetes Mellitus Gestacional

Encaminhar todas as gestantes com diagnóstico de DM1/DM2/DMG, conforme o protocolo:



<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FEMINAZ11ZV3.pdf>

ATENÇÃO: NÃO SOLICITAR CURVA GLICÊMICA (TOTG 75g) NEM NOVA GLICEMIA DE JEJUM para as gestantes que já possuem uma medida alterada, desde que realizada em jejum. Apenas uma aferição alterada já é suficiente para o diagnóstico.

Condutas iniciais:

- Realizar glicemia capilar no momento da consulta em que foi avaliado o exame sérico e diagnosticado o DM;
- Encaminhar todas as pacientes para o nutricionista da Unidade de referência;
- Preencher solicitação de insumos (**Anexo 7**) para aferição de glicemia capilar para aferição inicialmente diária ao acordar em jejum, 2 horas após café da manhã, 2 horas após almoço, 2 horas após jantar e antes de dormir;
- Solicitar controle de glicemia na Unidade de referência (preferencialmente pelo menos 3 vezes por semana, até liberação dos insumos para aferição domiciliar);
- Se gestante bem controlada com Metformina, pode ser mantida a medicação até a avaliação do Pré natal de alto risco os demais hipoglicemiantes orais devem ser suspensos;
- Manter dose atual de insulina se já estiver em uso;
- Orientações de dieta e atividade física regular (caminhadas 30 minutos, pelo menos 3x/ semana) caso não haja outra contraindicação;
- Para as DM1 ou DM2: Prescrever AAS 100mg/dia e aumentar carbonato de cálcio (500mg 3x/dia) a partir de 12 semanas;
- DM1 devem ser encaminhadas também à ENDOCRINOLOGIA.

Encaminhamento deve conter:

- Idade gestacional;
- Diagnóstico de diabetes prévio à gestação (sim/não). Se sim, qual o tipo (DM1 ou DM2);
- Resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
- Descrição de tratamento farmacológico (medicamento e posologia) e não farmacológico para DM.

*Após abertura de pré-natal, paciente que apresentar alteração de glicemia orientar e preencher **Anexo 6**.

- Se paciente sem diagnóstico anterior de DM e apresentar alteração em glicemia de jejum:
 - Até 120 mg/dl orientar alimentação e consulta breve com nutricionista até acompanhamento no PNAR.

* Se ainda não estiver com consulta agendada no PNAR e apresentar glicemia acima de 150mg/dl ou glicemias entre 130-150mg/dl por duas aferições ou mais encaminhar para maternidade de referência para avaliação de necessidade de internação para perfil glicêmico.

Alterações da Tireoide

Hipotireoidismo

Deve-se solicitar TSH para todas as gestantes na abertura de pré-natal; se normal, não há necessidade de repetição (exceto em casos especiais).

Hipotireoidismo na Atenção Primária

Hipotireoidismo pré-gestacional em uso de levotiroxina:
Solicitar TSH e encaminhar para o PNAR.

TSH entre 2,5 e 4,0: Encaminhar para o PNAR.

TSH entre 4 e 10: iniciar imediatamente levotiroxina 1 mcg/kg/dia; solicitar.

T4 livre para ser coletado ANTES de iniciar a medicação; encaminhar para o PNAR.

TSH > 10: iniciar imediatamente levotiroxina 1,6 mcg/kg/dia; encaminhar para o PNAR. Não há necessidade de exames adicionais.

Hipertireoidismo

O diagnóstico é realizado com TSH supresso ($< 0,01$). Ele pode ser clínico (T4I aumentado) ou subclínico (T4I normal). Nenhum subclínico deve ser tratado, e todos os clínicos que necessitem de tratamento devem ser realizados com a menor dose possível, visto que os medicamentos anti-tireoidianos possuem risco para o feto⁴.

Hipertireoidismo na Atenção Primária

Hipertireoidismo pré-gestacional: solicitar TSH e T4I; encaminhar ao endócrino e ao PNAR.

TSH $< 0,01$ na gestante menor ou igual 14 semanas: repetir TSH e solicitar T4I a partir de 14 semanas (visto que pode se tratar de hipertireoidismo transitório da gestação, cujos valores de TSH se normalizam de 14 até 18 semanas). Se ao repetir continuar com TSH alterado, encaminhar para o PNAR.

TSH $< 0,01$ na gestante igual ou maior que 14 semanas: solicitar T4 livre e encaminhar com urgência para o PNAR.

Sangramento na gestação

Primeiro trimestre

- Realizar toque vaginal.
 - Se colo aberto: aborto em curso, necessário encaminhar a maternidade.
 - Se colo fechado e nenhum aborto prévio: sem conduta adicional. Não há indicação de uso de progesterona, repouso, ou seguimento ultrassonográfico (mesmo que haja hematoma/descolamento retroplacentário) visto que é comprovado que tais medidas não evitam o aborto. Não há necessidade de seguimento pelo PNAR.
 - Se colo fechado e pelo menos um aborto anterior: prescrever progesterona 2 comprimidos de 200 mg cada comprimido (400 mg) a cada 12/12h (800mg/dia) até 16 semanas⁵; encaminhar ao PNAR apenas se três ou mais perdas prévias consecutivas ou perda prévia acima de 12 semanas.

Segundo trimestre

- Há necessidade de realizar toque vaginal (ou encaminhamento para a maternidade) para excluir aborto tardio/trabalho de parto pré-termo;
- Solicitar USTV para medida de colo (preferencialmente de 16 a 24 semanas) e encaminhar ao PNAR para avaliação.

Mal passado obstétrico (sem sangramento)

- Quando houver necessidade de encaminhamento ao PNAR, pedir para paciente levar todos os documentos que comprovem e caracterizem os episódios prévios, como relatório de alta, cartão de pré-natal antigo, etc.

Situações de encaminhamento/conduta:

- Abortamentos de repetição (3 ou mais consecutivas): Prescrever AAS 100mg dia a partir de 12 semanas de gestação (e <16 semanas) e aumentar carbonato de cálcio para 500 mg 3x/dia;
- Antecedente de natimorto de causa ignorada/descolamento de placenta causa ignorada no segundo ou terceiro trimestre (não confundir com descolamentos do primeiro trimestre) /Restrição de crescimento fetal grave/precoce (abaixo de 32 semanas): prescrever AAS 100mg/d a partir de 12 semanas de gestação (e <16 semanas) e aumentar carbonato de cálcio para 500 mg 3x/dia;

- Antecedente de pré-eclâmpsia e/ou Síndrome HELLP/eclâmpsia: Prescrever AAS 100mg/dia a partir de 12 semanas de gestação (e <16 semanas) e carbonato de cálcio 1,5g/dia (aumentar carbonato de cálcio para 500 mg 3x/dia);
- Antecedentes de partos prematuros, colo curto, perdas de segundo trimestre ou cerclagem uterina: Solicitar US transvaginal para medida do comprimento do colo de 16 a 24 semanas.

Observação: Se antecedente de malformação fetal, com ou sem óbito: Lembrar de solicitar US obstétrico + TN (12-14 semanas) e morfológico de 2º trimestre (20-24 semanas). **Encaminhar ao PNAR somente se achados anormais.**

Extremo de idades (gestante adolescente ou maior que 40 anos)

Na ausência de comorbidades, o acompanhamento do pré-natal pode ser feito na UBS. É importante lembrar-se de solicitar US obstétrico + TN (12-14 semanas) e morfológico de 2º trimestre (20-24 semanas) e atentar-se à profilaxia de pré eclâmpsia (prescrever AAS 100mg 1 x ao dia à noite - a partir de 12 semanas, e aumentar carbonato de cálcio de 2 para 3x/dia).

Obesidade

As pacientes podem ser seguidas na unidade básica independentemente do IMC. Encaminhar para seguimento conjunto com nutricionista. Atentar-se à profilaxia de pré eclâmpsia.

** Gestantes com IMC > 30 prescrever AAS 100mg 1 x ao dia (à noite) - a partir de 12 semanas, e aumentar carbonato de cálcio de 2 para 3x/dia.*

Gestações gemelares

- Iniciar AAS 100mg/d a partir de 12 semanas e encaminhar ao PNAR independentemente da corionicidade.
- Se monocoriônica/monoamniótica ou monocoriônica/diamniótica: solicitar US obstétrico + doppler a partir de 16 semanas e encaminhar com urgência ao PNAR.

Cardiopatias maternas

Encaminhar todas as gestantes com diagnóstico comprovado de cardiopatia ao PNAR e também para a cardiologia.

** Caso paciente não tenha exame/relatório que comprove a patologia, encaminhar antes para o cardiologista para avaliação, caso haja necessidade.*

Asma crônica ou DPOC

- Encaminhar apenas as gestantes com quadro moderado/grave ou não controlados. Encaminhar também à pneumologia diretamente da APS.
- Não suspender o uso de antiasmáticos.
- Manter medicações de uso habitual e adequar dose, se necessário. Corticoides inalatórios (budesonida/beclometasona), corticoides sistêmicos (prednisona/dexametasona/hidro cortisona) a partir de 14 semanas, salbutamol, brometo de ipratrópio e fenoterol podem ser utilizados.
- Lembrar-se que a gestante geralmente já possui frequência cardíaca um pouco aumentada (alteração fisiológica), então utilizar dosagem com precaução dos broncodilatadores.

Anemia

Encaminhar ao PNAR

- Gestante com anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias;
- Pacientes bariátricas com hemoglobina <10 g/dl;
- Hemoglobina <8g/dl;
- Hemoglobina ou entre 8 e 11 g/dl sem melhora com tratamento otimizado.

Conduta inicial:

Se a causa for provavelmente ferropriva (VCM e/ou HCM diminuídos): prescrever sulfato ferroso 40 mg 4 comprimidos/dia, solicitar parasitológico de fezes. Se VCM e/ou HCM normais, solicitar eletroforese de hemoglobina. Se Hb provavelmente ferropriva com Hb<9, intolerância à via oral, cirurgia bariátrica prévia, disfunção intestinal grave (que prejudique a absorção): avaliar ferro Sacarato de Hidróxido de Ferro III endovenoso (não disponível no SUS. Dose recomendada: 2 ampolas diluídas em 200ml de soro fisiológico; infusão lenta (2 horas) a cada 2 semanas; espera-se que o Hb suba 0,5 g/dL por semana)

****As gestantes com traço falciforme ou traço talassêmico devem ser seguidas na Unidade Básica de Saúde.***

Encaminhamento deve conter:

- Idade gestacional;
- Diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias. Se sim, qual;
- Resultado de eletroforese de hemoglobina com data;
- Resultado de hemograma com data;
- Tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração.

Epilepsia

- Encaminhar ao PNAR, bem como à neurologia, todas as gestantes com diagnóstico de epilepsia que tenham algum grau de descompensação na gestação (por exemplo, pelo menos uma crise convulsiva).
- **NÃO SUSPENDER MEDICAÇÕES ANTICONVULSIVANTES** (exceto ácido valpróico no primeiro trimestre), manter medicações de uso habitual com adequação da dose de acordo com o peso atual.

Para SUSPENDER uso de ÁCIDO VALPRÓICO no 1º trimestre, encaminhar para o serviço que já a acompanha para troca imediata da medicação, a fim de evitar piora do quadro clínico com a retirada.

**Prescrever Lamotrigina 100 mg 1 comprimido de 12/12 horas até avaliação com Neurologista.*

Alterações de citologia oncótica

- As gestantes com lesões de baixo grau (LIEBG) e ASCUS devem ser seguidas pela APS, não havendo necessidade de tratamento.
- As gestantes com lesões intra-epiteliais de alto grau e/ou carcinoma, devem ser encaminhadas ao PNAR.

Isoimunização Rh

Ocorre quando a gestante é Rh negativa, não é primigesta e o parceiro é Rh positivo. Para o diagnóstico de isoimunização, o coombs indireto deve ser positivo (porém lembrar-se de que, se a paciente recebeu imunoglobulina anti-D em algum momento nessa gestação, o coombs indireto ficará positivo por até 1 mês).

Encaminhar ao PNAR todas com o coombs indireto positivo desde que não seja ocasionado pela situação supracitada.

Infecção urinária

Encaminhar ao PNAR apenas após o segundo episódio de pielonefrite na gestação. As gestantes com ITU baixa ou bacteriúria assintomática DE REPETIÇÃO (2 ou mais episódios de ITU comprovados por urocultura) devem ser mantidas na Unidade de Básica de Saúde em uso de antibioticoprofilaxia após tratamento da ITU.

Opções:

- Nitrofurantoína ou Cefalexina, sempre um comprimido ao dia.

Manter até o parto: Caso a profilaxia seja com nitrofurantoína, é recomendável substituir por cefalexina após 37 semanas, devido ao risco de icterícia neonatal com a nitrofurantoína.

Mesma conduta após um episódio isolado de ITU ALTA (PIELONEFRITE).

Antecedente de cirurgia bariátrica

Encaminhar todas as gestantes com as seguintes condutas:

- Solicitar dosagens de vitamina B12, ferritina, Fe sérico, vitamina D, cálcio.
- **NÃO SOLICITAR CURVA GLICÊMICA (devido ao efeito dumping).**

Restrição de crescimento intrauterino ou oligoâmnio acentuado

Pacientes que se enquadram nos critérios de restrição fetal (conforme consenso de Delphi10 citado abaixo) ou oligoâmnio acentuado (maior bolsão abaixo de 2,5 cm ou ILA menor que 5 cm) devem ser encaminhadas com prioridade ao PNAR. Porém gestantes em que a necessidade seja de realização de ultrassonografia+doppler urgente ou cardiocotografia **não** deverão ser encaminhadas ao PNAR, e sim ao serviço de pronto atendimento.

Critérios diagnósticos - RCIU (Delphi)

	RCIU Precoce	RCIU Tardia
Idade Gestacional	< 32 semanas	> 32 semanas
Critérios Maiores Pelo menos 1 parâmetro maior isolado	<ul style="list-style-type: none"> • CA < p3 • PFE < p3 • Artéria Umbilical Diástole Zero 	<ul style="list-style-type: none"> • CA < p3 • PFE < p3
Critérios Menores Pelo menos 2 parâmetros menores combinados	<ul style="list-style-type: none"> • PFE ou CA < p10 combinados com • IP uterina > p95 e/ou • IIP umb > p95 	<ul style="list-style-type: none"> • PFE ou CA < p10 • RCP < p5 ou ArtUmb > p95 • Queda PFE > 2 quartis

Fonte: Gordjin SJ et al. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;48:333-339

CA: Circunferência abdominal | PFE: Peso fetal estimado | RCP: Relação cérebro placentário

Se gestante com 36 semanas ou mais: encaminhar direto à maternidade para agendamento do parto ou resolução.

Polidrâmnio (maior bolsão acima de 8 ou ILA acima de 24) ou Feto GIG (Peso fetal estimado ou circunferência abdominal acima do percentil 90)

- Realizar investigação de diabetes com glicemia ou TOTG, mesmo que já tenha sido realizada previamente, e encaminhar ao PNAR.

Iteratividade (Antecedente de duas ou mais cesarianas)

- Encaminhar somente se associado à placenta prévia e/ou suspeita de acretismo placentário;
- Encaminhar ao planejamento familiar para laqueadura tubária intraparto com até 26 semanas de gestação caso a paciente manifeste interesse.

Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar

Todas as gestantes com antecedentes de fenômenos tromboembólicos devem ser encaminhadas já com as seguintes condutas:

- Relatórios médicos e/ou laboratoriais do episódio relatado;
- Prescrição de Enoxaparina profilática subcutânea 40 mg/dia;
- Se trombose arterial prévia: associar AAS (100mg/dia);
- Solicitar US Doppler arterial e venoso de MMII;
- Se suspeita clínica de trombose aguda, encaminhar **IMEDIATAMENTE** ao serviço de pronto atendimento.

Insuficiência renal crônica

Encaminhar todas as gestantes com diagnóstico confirmado de insuficiência renal crônica (história prévia de diálise, creatinina > 1,0 mg/dl, uréia > 40mg/dl ou diagnóstico de patologia renal grave) ao PNAR e à nefrologia. Solicitar relatório prévio para levar à consulta.

Síndrome de anticorpo antifosfolípide

Todas as gestantes com diagnóstico de SAAF devem ser encaminhadas, já com as seguintes condutas:

- Relatórios médicos e/ou laboratoriais que comprovem o diagnóstico;
- Prescrição de AAS 100mg/dia a partir de 12 semanas. Aumentar cálcio para 3x/dia;
- Prescrição de enoxaparina profilática 40 mg ao dia subcutânea.

Doenças Reumatológicas (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatóide, Febre Reumática), colagenoses, doenças autoimunes

- Solicitar relatório da reumatologia e encaminhar todas as gestantes com diagnóstico confirmado de LES ao PNAR.
- Encaminhar também para a reumatologia diretamente da UBS.
- Prescrever AAS 100mg/dia a partir de 12 semanas de gestação (e preferencialmente <16 semanas) e aumentar carbonato de cálcio para 3x/d (1,5g/dia).
- Manter medicamentos de uso habitual.

Malformações uterinas

Encaminhar todas as gestantes com diagnóstico de malformação uterina com exame de imagem que comprove a malformação em questão.

Miomatose uterina

Encaminhar as gestantes com miomas uterinos >4,0 cm, submucosos ou retroplacentários, com exame de imagem que comprove e caracterize o quadro.

Doenças psiquiátricas (depressão grave, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia) ou drogadição grave:

Encaminhar todas as gestantes com diagnóstico confirmado de doenças psiquiátricas graves ao PNAR e para a psiquiatria, diretamente da Unidade Básica. *Não suspender as medicações em uso antes de encaminhar ou discutir com especialista da psiquiatria.*

Toxoplasmose aguda

< 16 semanas

Se IgG (+) e IgM (-): Não solicitar mais - memória de infecção antes da gestação;

Se IgG (-) e IgM (-): Gestante Susceptível - nova coleta 2º e 3º trimestre além de orientações sobre prevenção;

Se IgG (+) e IgM (+): Encaminhar para o PNAR (com urgência - para teste de avidéz);

Se IgG (-) e IgM (+): Encaminhar para o PNAR com URGÊNCIA - Infecção Aguda.

> 16 semanas

Se IgG (+) e IgM (-): Memória de infecção anterior a gestação;

Se IgG (-) e IgM (-): Gestante Susceptível - nova coleta 3º trimestre;

Se IgG (+) e IgM (+): Infecção provavelmente durante a gestação - Encaminhar ao PNAR com urgência para teste e avidéz;

Se IgG (-) e IgM (+): Infecção recente - Encaminhar ao PNAR com urgência.

Hepatites/HIV/Rubéola

Assim que realizado o diagnóstico, encaminhar com prioridade ao CTA e ao PNAR. Se diagnóstico recente de retrovirose, encaminhar no mesmo dia ao CTA para iniciar drogas antirretrovirais.

15

Referências

1. Manual de Alto Risco do ministério da Saúde 2022

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

2. Rastreo, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação (Febrasgo e SBEM)

<https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N10-Outubro-2022-portugues.pdf>

3. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA Cadernos de Atenção Básica, nº 37

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

4. FEBRASGO POSITION STATEMENT Rastreo, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação Número 8 – Agosto 2022

<https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS---N8---Agosto-2022---portugues.pdf>

5. Birmingham Womens and Childrens. NHS Foundation Trust

<https://bwc.nhs.uk/>

6. Risks of contraception and pregnancy in heart disease

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1861048/>

7. **Zugaib Obstetrícia 3ª edição Zugaib, Marcelo, Pulcineli, Rossana Vieira Francisco**

8. **Anemia Ferropriva (Flowchart da Febrasgo)**

<https://www.febrasgo.org.br/fluxopdf/assets/pdf/anemia-ferropriva.pdf>

9. **Protocolo de Dispensação de cefuroxima (Prefeitura Municipal de Campinas)**

https://saude.campinas.sp.gov.br/assist_farmaceutica/Procolo_de_dispensacao_de_cefuroxima.pdf

10. **Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26909664/>

11. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 251/2024- Complementação de cálcio para gestantes**

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deprossaps-ms.pdf>

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS											
DUM: / /			DPP: / /			DPP (USG) __/__/__					
GESTAÇÃO:		PARTO VAGINAL:		CESÁREA:		AB/ÓBITO >12s:		COLO CURTO:			
DMG:		HAG:		Pré-eclâmpsia:		Prematuro:		RN<2,5kg:		RN>4kg:	
Malformação:											
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: () SIM () NÃO											
VACINA ANTITETÂNICA: 1ª DOSE:			/ /		2ª DOSE:		/ /		3ª DOSE:		/ /
REFORÇO:			/ /		DTPA:		/ /				
VACINA HEPATITE: 1ª DOSE:			/ /		2ª DOSE:		/ /		3ª DOSE:		/ /
INFLUENZA:			/ /		COVID:		/ /				
ANTECEDENTES FAMILIARES											
()DM ()HA ()Cardiopatia Congênita ()Gemelar ()Eclâmpsia ()Outros:											
ANTECEDENTES CLÍNICOS											
()DM ()HA ()Alergias ()Cir. Uterina ()Drogas ()Álcool ()Cigarro ()Trombose ()Alt. Tiróide ()Sífilis ()Bariátrica											
INTERCORRÊNCIAS ANOTAÇÕES											
CONSULTAS											
	DATA	IG DUM	IG USG	PESO/IMC	PA	AU	BCF	MF	EDEMA	APRES	
1											
CONDUTA:											
2											
CONDUTA:											
3											
CONDUTA:											
4											
CONDUTA:											
5											
CONDUTA:											
6											
CONDUTA:											
7											
CONDUTA:											
8											
CONDUTA:											
9											
CONDUTA:											
10											
CONDUTA:											
11											
CONDUTA:											
12											
CONDUTA:											
USG	DATA USG										
	IDADE GESTACIONAL										
	PESO/PERCENTIL										
	PLACENTA										
	LÍQUIDO										
	APRESENTAÇÃO MORFOLOGIA										

Anexo II

Orientações para o preenchimento da LME e documentos necessários para a retirada de Imunoglobulina Anti – D na Farmácia de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo).

Por gentileza, início do processo no alto custo na 28ª semana gestacional, se possível.

Cópias dos Documentos:

- CPF
- RG
- Comprovante de residência
- Cartão SUS
- Cartão pré – natal (Apenas para controle de idade gestacional)

Exames:(Cópias)

- Fator Rh da gestante
- Fator RH do parceiro da gestante
- Coombs indireto (com validade de UM mês)

OBS: Retirada de Imunoglobulina anti-D (28º semana a 34º semana gestacional)

Preenchimento:

- **CID compatível: Z 34.9, T80.4, 036.0**
- Prescrição médica em duas vias e legível (Toda prescrição médica deve ser realizada com o princípio ativo do medicamento).
- **Relatório médico** (Relatando a idade gestacional da paciente, com a data correta, segundo os exames)
- Todos os campos da LME devem estar preenchidos, (caso algum campo não esteja preenchido, o processo será devolvido, após o preenchimento, o processo será encaminhado novamente a CEAF Campinas e o medicamento dispensado uma semana após).

ORIENTAÇÕES PARA ANAMNESE EM PROCESSOS DE IMUNOGLOBULINA ANTI D 300MG

A ANAMNESE (CAMPO DE Nº 11 DO FORMULÁRIO) DEVE CONTER AS SEGUINTEs INFORMAÇÕES:

- FATOR RH DA GESTANTE
- FATOR RH DO PARCEIRO
- SE É PRIMEIRA GESTAÇÃO E SE NÃO FOR A PRIMEIRA, QUANTAS JÁ TEVE
- SE TEVE ALGUM ABORTO
- SEMANAS DE GESTAÇÃO (DE QUANTAS SEMANAS ESTÁ)

NÃO COLOCAR RESULTADOS DE EXAMES, POR EXEMPLO COOMBS
A GESTANTE DEVE ESTAR ENTRE 28 E 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO, CASO CONTRÁRIO NÃO SERÁ FORNECIDO PELO ESTADO.

18

Anexo III



Prefeitura do Município de Itatiba
Fundo Social de Solidariedade de Itatiba

PROJETO MEU BEBÊ

GESTANTE: _____

Tempo de Gestação: _____ **Unidade de Saúde:** _____

**ENTRE EM CONTATO COM SEU CRAS DE REFERÊNCIA PARA AGENDAMENTO DA
AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO: De segunda a sexta-feira das 8h às 17h.

1 - Centro de Referência de Assistência Social - CRAS I San Francisco

Endereço: Avenida Antônio Nardi, 260 - Parque San Francisco
Telefone / Whatsapp: (11) 4524-4361

2 - Centro de Referência de Assistência Social - CRAS II Nações

Endereço: Avenida Estados Unidos, 646 - Jardim das Nações
Telefone / Whatsapp: (11) 4524-6144

3 - Centro de Referência de Assistência Social - CRAS III Porto Seguro

Endereço: Avenida Urbano Bezana, s/nº, NR 'Porto Seguro'
Telefone / Whatsapp: (11) 4487-2881

4 - Centro de Referência de Assistência Social - CRAS IV Corradini

Endereço: Rua Santo Antônio, s/n - N.R. Jardim Harmonia
Telefone: (11) 4487-2414 / Whatsapp: (11) 4524-3360

5 - Centro de Referência de Assistência Social - CRAS V Itinerante

Endereço: Rua Eugenio Joly, 21, Cruzeiro (Sede Administrativa)
Telefone / Whatsapp: (11) 4538-5030

**PARA O AGENDAMENTO VOCÊ DEVE PROVIDENCIAR OS SEGUINTE
DOCUMENTOS ORIGINAIS DE TODOS QUE MORAM NA SUA CASA:**

- 1 - Carteira de trabalho dos maiores de 18 anos;
- 2 - Último holerite e/ou comprovante de rendimento de quem estiver trabalhando;
- 3 - Recibo de aluguel (tanto para quem paga, como para quem recebe);
- 4 - Carteira de Identidade (RG) ;
- 5 - CPF ;
- 6 - Título de eleitor;
- 7 - Certidão de casamento;
- 8 - Certidão de nascimento (crianças e adolescentes);
- 9 - Conta de luz ou outro comprovante de residência que tenha CEP da Rua que mora.

**Projeto realizado em parceria com a Secretaria da Saúde, Secretaria da Ação Social,
Trabalho e Renda e Secretaria do Meio Ambiente.**

Anexo IV**ORIENTAÇÃO PARA A COLETA DE EXAME ESTREPTOCOCO**

A coleta do exame de cultura do estreptococo deve ser realizada entre 35 e 37 semanas e 0 dias de gestação!

NO DIA DO EXAME:

- Não tomar banho no dia do exame;
- Não ter relação sexual no dia anterior;
- Ficar até 4 horas sem evacuar antes do exame;
- Trazer guia do exame;
- Trazer cartão de gestante;
- Não usar creme vaginal 5 dias antes do exame.

Período de gestação no dia do exame: _____ semanas e _____ dias.

Sra.: _____

Comparecer no CAISMI _____ / _____ / _____ às _____ h _____

Unidade de Saúde: _____



Disponível em blocos através de solicitação em Almojarifado Saúde - SMART.

Anexo VI



CAISMI - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Itatiba
Secretaria de Saúde

CONSULTA DATA _____ HORÁRIO: _____ LOCAL: CAISMI MÉDICO: _____ ESPECIALIDADE: _____		COLPOSCOPIA () VULVOSCOPIA () Preparo *Vulvosopia/Colposcopia - raspar os pelos pubianos *NÃO ter relação sexual por 2 dias antes do exame *NÃO usar cremes vaginal e duchas 1 semana antes do exame *Se estiver menstruada reagendar a consulta/exame	
ALTO RISCO () GINECOLOGIA () CIRURGIA GINECOLÓGICA () MASTOLOGIA () DIU () CO data ___/___/___ Resultado: _____			
REFERÊNCIA			
Unidade Solicitante: JDM IPE		Matrícula: _____	
Nome: _____		Idade: _____	
CNS: _____		Tel: _____	
Histórico Ginecológico			
G: P: A: C: FV:	MAC :	Menopausa : 0	TH: 0
Exames pertinentes ao encaminhamento	DUM:		

Exame ginecológico (obrigatório)			

Motivo do encaminhamento (especificar)			

Suspeita Diagnóstica:			
Data :	Profissional/Nº Conselho: Sebastiana Ferreira coren 229850		
CONTRA REFERÊNCIA			

Suspeita Diagnóstica:			
Data :	Profissional/Nº Conselho :		
Data:	Profissional:		

22

Anexo VII

 SECRETARIA DA SAÚDE PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATIBA		
ANEXO I		
AVALIAÇÃO PARA PROGRAMA DE INSUMOS DM		
Data:	Unidade Referência:	
Nome:	Matrícula:	
Tipo de Diabetes:	Data aproximada do diagnóstico:	
Gestante: Sim () Não () Se sim, já passou pelo Caismi?		
Comorbidades: HAS () AVE () DAC () ICC () IAM () Pé diabético ()		
Trombose () Dislipidemia () Retinopatia () Cardiopatia () Saúde Mental ()		
Avaliação social: Vulnerabilidade social ()		
Esquema de Insulina (Dose/ N° de aplicações):		
NPH ()	Dose:	N° de Aplicações:
REGULAR ()	Dose:	N° de Aplicações:
70/30 ()	Dose:	N° de Aplicações:
Análogos (Discriminar):		
Outras Medicações em uso:		
Exames Laboratoriais:		
Glicemia de jejum:	Hemoglobina Glicada:	Creatinina:
Exame de Urina: Sim () Não ()	Proteinúria: Sim () Não ()	
Microalbuminúria: Sim () Não ()		
Colesterol Total/HDL/LDL/Triglicérides:		
Especialistas:		
Endócrinologista ()	Nutricionista ()	Oftalmologista () Nefrologista ()
Vascular ()	Cardiologista ()	Clínico Geral () Psiquiatra e/ou Psicólogo ()
Avaliação de risco de enfermagem/ Pé diabético		
Presença de úlcera ou amputação () Presença de deformidades ()		
Evidência visual de neuropatia (pele seca, calosidade, veias dilatadas ()		
Recebeu treinamento para autoaplicação de insulina?		
Sim ()	Não ()	Autoaplicação correta () Data para orientação:
Recebeu orientação para armazenamento de insulina?		
Sim ()	Não ()	Data para orientação:
Recebeu orientação para o transporte de insulina?		
Sim ()	Não ()	Data para orientação:
Observações Clínicas (Enfermagem)		

Profissional Responsável

Disponível Protocolo de Diabetes da Prefeitura Municipal de Itatiba.

Anexo VIII

Sugestões de conteúdo para atividades educativas (Multiprofissional)

- Importância do pré-natal;
- Atividades físicas que podem proporcionar benefícios à gestação e parto.
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e cálcio);
- Ações educativas na área odontológica, como orientações de higiene, fatores responsáveis pela transmissibilidade de doenças, controle de hábitos deletérios, fatores de risco para cáries e doenças periodontais e auto-exame bucal;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e mitos referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das IST/HIV e Sífilis aconselhamento para o teste anti-HIV e para a pesquisa da sífilis;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
 - Preparo para o parto: planejamento individual, considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, rede de apoio;
- Orientações e incentivo para o parto normal e humanizado, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e apoio específico para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;

- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a gestante tem direito;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do parceiro e/ou rede de apoio, durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Importância do planejamento familiar;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas;
- Vínculo, aleitamento materno; cuidados com o RN; importância do retorno pós-parto na unidade básica para a mãe e o RN; orientação adequada segundo protocolos nos casos de intercorrências com o RN ou com a mãe;
- Como parte do programa educativo, é imprescindível que a unidade organize visitas ao local do parto, valorizando que a mulher e familiares esclareçam dúvidas e tenham acesso ao seu plano de parto.
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a gestante tem direito;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do parceiro e/ou rede de apoio, durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Importância do planejamento familiar;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas;

- Vínculo, aleitamento materno; cuidados com o RN; importância do retorno pós-parto na unidade básica para a mãe e o RN; orientação adequada segundo protocolos nos casos de intercorrências com o RN ou com a mãe;
- Como parte do programa educativo, é imprescindível que a unidade organize visitas ao local do parto, valorizando que a mulher e familiares esclareçam dúvidas e tenham acesso ao seu plano de parto.



Anexo IX



PREFEITURA DE ITATIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Itatiba

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ (nome completo), _____
(nacionalidade), portadora do RG: _____, inscrita no CPF: _____,
residente e domiciliada na Rua/Avenida _____,
Nº _____, Cidade: _____, Estado: _____, declaro para os devidos fins a minha
decisão de realizar Parto Cesárea/Cesariana, mesmo tendo ciência que o parto normal é considerado
a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda:

- Ter sido informada pelo Dr(a). _____
(médico responsável pelo pré-natal), CRM/SP: _____, que o Parto Cesárea
representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe e bebê, sendo os mais comuns:
Infecção, Hemorragia, Atonia Uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da
criança), Histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de Transusão de
Sangue e Infecção da Cicatriz Operatória (corte da cesárea) e ainda que, como em toda
intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato
cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.
- Estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização do Parto Cesárea,
o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais
poderão ocorrer: Reações Alérgicas, incluindo Anafilaxia, Afecções Circulatórias, Flebites,
Complicações Infecciosas ou Outros Eventos Adversos mais raros.
- Ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica,
podendo ocorrer a formação de Queloides (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar
irritação local) ou ainda Cicatrização Hipertrófica, que não são estéticas e, independem da
habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais de cada
paciente.
- Estar ciente de que a data da Cesárea será definida pela equipe médica da Maternidade de
referência do município, de acordo com a literatura médica, devendo ocorrer entre 39
semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto.



PREFEITURA DE ITATIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Itatiba

Por fim, informo que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido minha decisão de realizar Parto Cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma via ficará arquivada no prontuário da paciente na unidade de saúde onde a mesma realiza o pré-natal, e a outra via com a gestante.

Itatiba, ____ de _____ de _____

Assinatura da gestante

Assinatura do Médico responsável pelo Pré-Natal

(nome, assinatura e RG da testemunha)

(nome, assinatura e RG da testemunha)

Rua Angelo Fascione, 84 - Jardim São José
Telefone: 11 4538-0038
E-mail: caismi@unidadesaude.itatiba.sp.gov.br

Rua: Pompéia, nº 45. Bairro Giardino D' Italia - Itatiba/SP - CEP 13.256-221
Fone/Fax: (011) 4534-0832 E-mail: cta@unidadesaude.itatiba.sp.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE ITATIBA

