

PROTOCOLO PRÉ-NATAL

REDE ALYNE SERRA CATARINENSE:

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE



LAGES
2026

PROTOCOLO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO AO PRÉ NATAL, PARTO E PUERPÉRIO DA SERRA CATARINENSE

GERENTE REGIONAL DE SAÚDE DE LAGES

Nalu Teresinha Julio

Elaboração

Câmara Técnica da Rede Cegonha da Serra Catarinense:

Cristina Ribeiro Picinini: Enfermeira Pánel e representante do Grupo de Fortalecimento da ABS da Serra Catarinense.

Daniela da Silva: Enfermeira da ESF do município de Lages.

Daniela Rosa de Oliveira: Coordenação Regional Rede Cegonha Serra Catarinense.

Dayane Cristina Bordin: Enfermeira da ESF do município de Lages.

Evelize Lorenzi Pereira: Cirurgiã-dentista da ESB do município de Lages.

Fernanda de Matia: Enfermeira e Gerente Assistencial do HISB.

Francine Aparecida Formiga: Enfermeira da ESF do município de Lages.

Georgia Parizzi: Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO.

Janaina Carla Santana Lima de Souza: Médica ESF do município de Lages.

Jane Maria Gerber Neves: CIR Serra Catarinense.

Joana Israel Romagna: Responsável pelo Programa Regional de IST, AIDS e HIV da Serra Catarinense.

Karen Cristina Pereira: Psicóloga do município de Lages.

Kelly Aparecida Martins: Médica da ESF do município de Lages.

Maiura Rosa Amaral de Oliveira: Enfermeira Obstétrica do Hospital Tereza Ramos.

Nayara Alano Moraes: Enfermeira da ESF do município de Lages.

Patricia Pereira da Silva: CAPS AD SMS Lages

Samira Dabbous de Liz: CIES da Serra Catarinense.

Viviane Mendes Cunha: Médica ESF do município de Lages.

Revisão 2017:

Iraci Silva: Coordenadora Macrorregional da Serra Catarinense.

Juliana Leissmann Reckziegel: Enfermeira Dr^a Professora docente da UNIPLAC

Lizete Contin: Gerente Estadual da Atenção Básica.

Maria Simone Pan: Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher.

Revisores de 2021:

Bruna Correa Vaz: Enfermeira Gerente das Unidade de Saúde.

Daniela da Silva Barbosa: Enfermeira da ESF do município de Lages.

Daniela Rosa de Oliveira: Coordenadora Regional da Rede Cegonha da Serra Catarinense.

Dayane Cristina Bordin: Enfermeira da ESF do município de Lages.

Georgia Parizzi: Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO.

Kelly Aparecida Martins: Médica da ESF do município de Lages.

Priscila Gomes Almeida: Cirurgiã-dentista Gerente das Unidades de Saúde.

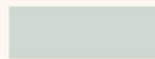
Roseni Terezinha Firmino: Coordenadora Regional de Atenção Primária à Saúde.

Simone Silva Santos: Assistente Social do município de Lages.

Joana Israel Romagna/Raisa: UDVE Gerência Regional De Saúde De Lages.

Tatiana Teló Marin: CEO - Secretaria Municipal De Saúde De Lages.

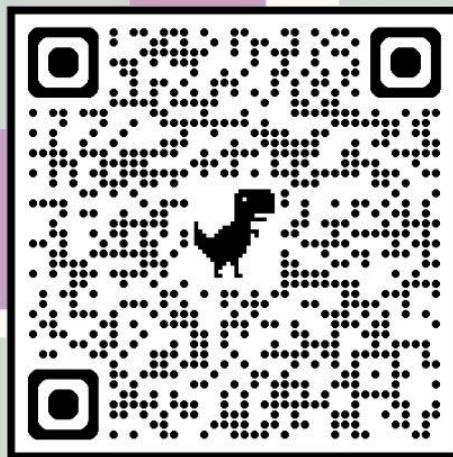
[illegible]



PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE:** **SERRA CATARINENSE**

Este documento possui um **acervo digital** de **materiais complementares**, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado do Protocolo Pré-Natal Rede Alyne Serra Catarinense: Diretrizes para a Atenção Primária à Saúde.



Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

LISTA DE FIGURAS

Esta seção lista todas figuras presentes neste protocolo

Figura – 1 Fluxograma De Estratificação De Risco	53
Figura 2 – Carteira de Serviços do AAE Serra Catarinense	63
Figura 3 – Fluxograma Para Agendamento da Gestante no Ambu-Latório de Atenção Especializada- AAE	64
Figura 4 – Fluxograma de Busca Ativa: Violação dos direitos da criança	102
Figura 5 – Fluxograma de Tratamento/Seguimentos das Gestantes com Sífilis e Suas Parcerias na Atenção Básica – Serra Catarinense	103
Figura 6 – Fluxograma de Seguimentos de Consultas de Puericultura, Criança Exposta à Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita (SC) na Atenção Básica – Serra Catarinense	104
Figura 7 – Fluxograma Para o Manejo de Corrimento Vaginal	126
Figura 8 – Fluxograma para o Manejo de Cervicite.....	127

LISTA DE SIGLAS

AAE	Ambulatório de Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMV	Citomegalovírus
CPN	Consulta de Pré-Natal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTPA	Difteria, Tétano e Coqueluche Acelular
GBS	Streptococcus agalactiae (Grupo B)
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN	Pré-Natal
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SÍFILIS	Sífilis
SUS	Sistema Único de Saúde
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
USG	Ultrassonografia
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
2.1 O PLANEJAMENTO.....	18
2.2 CONTRACEPÇÃO	19
2.2.1 Método	19
2.3 AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL.....	20
2.3.1 Síntese da Avaliação Pré-Concepcional.....	21
3. O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
3.1 ACOLHIMENTO, CAPTAÇÃO PRECOCE E ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DA GESTANTE NA APS.....	26
3.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS....	27
3.3 CONSULTA PRÉ-NATAL.....	31
3.4 EXAMES PRÉ-NATAL	32
3.4.1 Testes Rápidos.....	38
3.4.2 Suplementação na Gestação	41
3.4.3 Exames de Imagem na Gestação	41
4. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA GESTAÇÃO	43
4.1 MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA GESTANTE.....	45
4.2 QUANDO A GESTANTE PODE SER TRATADA PELO CIRURGIÃO-DENTISTA	45
4.3 CONSULTA ODONTOLÓGICA DA GESTANTE E DO BEBÊ	46
4.4 HIGIENE BUCAL DA MÃE E DO BEBÊ	47
4.5 MEDICAÇÕES	47
4.6 USO DE FLÚOR NA GESTANTE	48
5. NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO	49
6. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	51
6.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	52

6.2 FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	53
6.2.1 Tabela A	54
6.2.2 Tabela B	54
6.2.3 Tabela C	55
6.2.4 Tabela D	56
6.3 TELECONSULTORIA.....	58
6.4 DADOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO SISREG.....	60
7. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	61
7.1 AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - AAE.....	62
7.2 FLUXOGRAMA PARA AGENDAMENTO DA GESTANTE NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA- AAE.....	64
7.3 COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO	65
8. QUEIXAS COMUNS NA GESTAÇÃO	67
9. SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA PRIMEIRA METADE E DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	77
10. ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES.....	79
11. RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL	81
12. GRAVIDEZ PROLONGADA.....	83
13. DIABETE MELITO GESTACIONAL.....	85
14. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	89
15. OLIGOÂMNIO	91
16. POLIDRÂMNIO.....	93

17. MANEJO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

NA GESTAÇÃO 95

17.1 SÍFILIS.....	96
17.1.1 <i>Manifestações Clínicas da Sífilis</i>	99
17.1.2 <i>Testes De Sífilis</i>	100
17.2 TOXOPLASMOSE GESTACIONAL.....	105
17.2.1 <i>Triagem no pré-natal (APS)</i>	105
17.2.2 <i>Diagnóstico de infecção gestacional</i>	105
17.2.3 <i>Tratamento da gestante</i>	106
17.2.4 <i>Investigação fetal</i>	106
17.2.5 <i>Condução ao nascimento</i>	107
17.2.6 <i>Notificação e vigilância</i>	107
17.3 HEPATITES VIRAIS.....	108
17.3.1 <i>Hepatite B</i>	109
17.3.2 <i>Hepatite C</i>	111
17.4 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV	112
17.5 VÍRUS T-LINFOTRÓPICO HUMANO - HTLV	114
17.6 HERPES SIMPLES GENITAL.....	116
17.7 INFLUENZA.....	118
17.8 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG.....	120
17.9 COVID-19.....	120
17.10 ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA)	121
17.11 TUBERCULOSE NA GESTAÇÃO.....	122
17.12 VULVOVAGINITES E CERVICITES	125
17.13 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO - ITU.....	133
17.14 PNEUMONIAS BACTERIANAS.....	134
17.15 SEPSE NA GESTAÇÃO	135
17.16 COLONIZAÇÃO MATERNA POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO B.....	136

18. OUTRAS CONDIÇÕES QUE PODEM

IMPACTAR NO RISCO GESTACIONAL 137

18.1 ANEMIAS.....	137
18.2 TIREOIDOPATIAS.	139
18.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA	141
18.5 DIABETE MELITO PRÉVIO À GESTAÇÃO	142
18.6 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	143
18.7 TROMBOFILIAS	144
18.8 TROMBOEMBOLISMO VENOSO.....	144
18.9 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	145
18.10 IDADE MATERNA AVANÇADA.....	146
18.11 OBESIDADE	147

18.11.1 <i>Gestação Após Cirurgia Bariátrica</i>	148
18.12 USUÁRIA DE ÁLCOOL, FUMO E DROGAS	148

19. AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR E MATURIDADE FETAL.....151

19.1 MALFORMAÇÕES	151
-------------------------	-----

20. PERÍODO PUERPERAL E ALEITAMENTO MATERNO153

20.1 O PERÍODO PUERPERAL NA APS	153
20.2 AVALIAÇÃO DAS MAMAS, EXAME FÍSICO E POSICIONAMENTO DA PEGA ...	154

21. MÉTODO CANGURU157

21.1 POSIÇÃO CANGURU	158
21.2 ETAPAS.....	159
21.3 CLASSIFICAÇÃO DO RN -	159
21.4 CORREÇÃO DA IG	159
21.5 AGENDA DE ACOMPANHAMENTO DO BEBÊ	160
21.6 ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	161

22. DIREITOS DA GESTANTE163

22.1 DIREITOS TRABALHISTAS E SOCIAIS DA GESTANTE.....	164
---	-----

23. GESTANTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....167

23.1 TIPO DE VIOLÊNCIA	168
23.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA.....	169

REFERÊNCIAS.....171

ANEXOS.....174

ANEXO I: SOLICITAÇÃO DE CONSULTA SISREG.....	174
ANEXO II: ESTRATIFICAÇÃO RISCO GESTANTE COM PLANO.....	176
ANEXO III: CONTROLE DA PA	180
ANEXO IV: CONTROLE GLICÊMICO	183

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

O pré-natal representa um dos pilares fundamentais da assistência à saúde materna e infantil, desempenhando um papel determinante na promoção do bem-estar da gestante e do seu bebê. Ao longo das décadas, inúmeros estudos e avanços científicos têm reforçado a importância desse acompanhamento para a prevenção de complicações gestacionais e para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2022).

No Brasil, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, a mortalidade materna e infantil ainda representa um desafio significativo para o sistema de saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em relação à mortalidade materna, foram registrados no país cerca de 3.025 óbitos de mulheres no ciclo gravídico puerperal em 2021, chegando a RMM de 113 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos -NV (BRASIL, 2023). Em Santa Catarina, estado que se destaca pelos indicadores de saúde, o estado obteve a menor razão de Mortalidade Materna em 2022, quando apresentou 26,5 óbitos a cada 100 mil NV e registrou 26 óbitos maternos (DIVE, 2023). Apesar dos esforços empreendidos, a mortalidade materna e infantil continua sendo uma preocupação, demandando a implementação de estratégias eficazes para sua redução.

A captação precoce da gestante é um dos principais objetivos do pré-natal, pois possibilita a realização de uma avaliação completa e oportuna da saúde materna, além de permitir o início imediato de medidas preventivas e terapêuticas. A identificação precoce de fatores de risco e a implementação de intervenções adequadas são essenciais para garantir uma gestação saudável e minimizar o risco de complicações tanto para a gestante quanto para o feto. Cada gestante possui necessidades individuais e específicas que devem ser consideradas durante o acompanhamento pré-natal. Desde as particularidades biológicas e clínicas até os aspectos psicossociais e culturais, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para oferecer uma assistência personalizada e centrada na mulher. O manejo das necessidades de cada gestante requer uma abordagem multidisciplinar e integrada, que englobe não apenas aspectos clínicos, mas também emocionais, sociais e educacionais (BRASIL, 2022).

Neste documento, baseado nos Manuais de atenção materno e infantil desenvolvido pelo Ministério da Saúde, buscamos sintetizar e fornecer orientações claras e atualizadas para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, oferecendo subsídios para a realização de um pré-natal de qualidade, que

atenda às necessidades de cada gestante, promova a saúde materna e fetal, e contribua para a redução das taxas de morbimortalidades relacionadas à gestação, especialmente na Serra Catarinense.

CAPÍTULO 2

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação da Atenção Primária à saúde (APS). Este trabalho requer uma abordagem sensível devido à alta complexidade envolvida no cuidado de indivíduos e famílias inseridos em diversos contextos. É fundamental considerar aspectos sociais, econômicos, ambientais e culturais como condicionantes e determinantes da situação de saúde. Isso demanda uma postura profissional qualificada, com foco não apenas no indivíduo, mas também na família e na comunidade. É importante reconhecer que as famílias assumem diferentes estruturas no contexto atual, indo além do tradicional grupo nuclear composto por pai, mãe e filhos. Além disso, é crucial compreender a família como um espaço de interação emocional e social, onde se manifestam diversas formas de relações presentes na sociedade (BRASIL, 2013).

As equipes de Atenção Primária/Saúde da Família desempenham um papel determinante na promoção da saúde sexual e reprodutiva, bem como na identificação de dificuldades e disfunções sexuais. Sua proximidade com as pessoas em seu contexto familiar e social permite uma abordagem mais sensível e eficaz dessas questões (BRASIL, 2013).

2.1 O PLANEJAMENTO

O planejamento envolve o acesso a informações, métodos contraceptivos e serviços de saúde que ajudam as pessoas a decidirem quantos filhos desejam ter e quando desejam tê-los. Podemos abordar a autonomia e empoderamento onde as pessoas passam a decidir quando e como ter filhos. O acesso a métodos contraceptivos eficazes e informações sobre saúde reprodutiva são essenciais para evitar gravidez não planejada, o que pode ter impactos significativos na vida das pessoas, incluindo questões socioeconômicas, educacionais e de saúde. O planejamento sexual e reprodutivo também inclui medidas para prevenir a transmissão de ISTs, como o uso de preservativos e a realização de testes regulares. Durante o planejamento reprodutivo, é importante garantir o acesso a cuidados pré-natais de qualidade para as gestantes, incluindo consultas multiprofissionais regulares, exames de rotina, orientações sobre saúde materna e fetal, além de informações sobre parto seguro e cuidados pós-parto.

O planejamento sexual e reprodutivo é uma estratégia fundamental para promover a saúde e o bem-estar das pessoas, permitindo que elas façam escolhas conscientes sobre sua vida sexual e reprodutiva.

2.2 CONTRACEPÇÃO

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, aborda o tema do planejamento familiar e estabelece em seu art. 2º:

Para fins desta Lei, entende-se por planejamento familiar o conjunto de ações destinadas a regular a fecundidade, garantindo igualdade de direitos para a constituição, limitação ou expansão da prole por parte da mulher, do homem ou do casal.

É incumbência das instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, garantir a atenção integral à saúde, incluindo a assistência à concepção e à contracepção, em conformidade com os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos. Deve-se promover a discussão sobre a escolha livre e informada, apresentando todos os métodos contraceptivos disponíveis no serviço.

2.2.1 Método

CATEGORIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TIPO/SUBSTÂNCIA	OBSERVAÇÕES
Métodos Hormonais (prescrição médico e enfermeiro).	Orais.	Combinados (monofásicos): Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg.	É essencial investigar condições que possam contraindicar o uso.
	Orais.	Minipílulas: Noretisterona 0,35 mg.	Uso contínuo.
	Orais.	Anticoncepção de emergência: Levonorgestrel 0,75 mg.	Uso eventual, após relação desprotegida.
	Injetáveis.	Mensais (combinados): Enantato de Noretisterona 50 mg + Valerato de Estradiol 5 mg.	Administração mensal.

CATEGORIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TIPO/SUBSTÂNCIA	OBSERVAÇÕES
	Injetáveis.	Trimestrais (progestógeno): Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg.	Administração a cada 3 meses.
Métodos Temporários Reversíveis.	Barreira.	Diafragma.	Uso no ato sexual. (Brasil, 2016).
	Barreira.	Preservativo masculino/feminino.	Uso no ato sexual. Protege também contra ISTs. (Brasil, 2016).
	Intrauterino.	DIU.	Método de longa duração e reversível. (Brasil, 2016).
Métodos Definitivos (Esterilização) (solicitação médico e enfermeiro).	Cirúrgicos.	Feminino: Laqueadura tubária.	Regulamentado pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022.
	Cirúrgicos.	Masculino: Vasectomia.	Procedimento definitivo.

2.3 AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

O objetivo dessa avaliação é identificar fatores de risco ou condições médicas que possam interferir na evolução normal de uma futura gestação. Essa prática é fundamental para melhorar os índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (BRASIL,2013).

Durante a avaliação pré-concepcional, são realizadas diversas atividades, incluindo anamnese e exame físico completo, com ênfase no exame ginecológico (incluindo o exame das mamas), além da realização de exames complementares de diagnóstico, se necessário (BRASIL,2013). As principais ações realizadas durante essa consulta incluem:

2.3.1 Síntese da Avaliação Pré-Concepcional

O QUE?	COMO?	QUEM?
Acolhimento	Acolher a mulher e direcioná-la ao atendimento necessário.	Equipe Multiprofissional
Anamnese	Histórico de saúde pessoal: doenças prévias, tratamentos, uso de medicações. Histórico gineco-obstétrico: Última coleta de citopatológico e resultado, gestação, aborto e parto. Queixas: sinais e sintomas Questionar sobre conhecimento dos métodos e o que motiva sua escolha.	- Enfermeiro(a) - Médico(a)
Orientação Nutricional	Promover a adequação do índice de massa corporal da pessoa que deseja engravidar, especialmente em situações de baixo peso (Índice de Massa Corporal - IMC menor que 18,5kg/m ²) ou sobrepeso e obesidade (IMC maior que 30kg/m ²). Nos casos de pós-cirurgia bariátrica, sugere-se adiar a gestação até que haja estabilidade no peso, o que geralmente ocorre entre um a dois anos após o procedimento.	- Nutricionista - Profissionais da APS que realizam pré-natal
Tabagismo Álcool e Outras Drogas	Conscientização sobre os riscos do tabagismo, consumo frequente de bebidas alcoólicas e uso de outras drogas. Caso necessário orientar quanto aos recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS).	Profissionais da APS que realizam pré-natal.
Substituição de Medicamentos	Avaliar e caso necessário substituir medicamentos com potencial teratogênico.	- Avaliação: todos os profissionais que realizam pré-natal - Substituição: Médico(a)
Condições de Trabalho	Avaliação das condições de trabalho, com orientações sobre os riscos de exposição a substâncias tóxicas.	Profissionais da APS que realizam pré-natal
Administração Preventiva de Ácido Fólico	Administração preventiva de ácido fólico na dose de 5 mg, via oral, uma vez ao dia, durante os 30 dias anteriores à tentativa de concepção e continuando até a 12 ^a semana de gestação. Pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios do tubo neural, devem receber orientações para a suplementação diária de ácido fólico na dosagem de 4-5 mg, durante pelo menos 30 dias antes da tentativa de concepção e até a	- A prescrição é de 5mg até a 20 semana. - Médico(a) - Enfermeiro(a) (conforme protocolo)

O QUE?	COMO?	QUEM?
	12ª semana de gestação. Após a 12ª semana, a dosagem deve ser avaliada de acordo com a condição da paciente, conforme.	
Registro Sistemático do Ciclo Menstrual	Incentivar as mulheres a registrar sistematicamente seu ciclo menstrual e recomendar que mantenham um intervalo de pelo menos dois anos entre gestações.	Profissionais da APS que realizam pré-natal
Testes Rápidos	Realizar testes rápidos para: sífilis/HIV/Hepatite B/C (importante o aconselhamento pré e pós teste). <i>Clique aqui para saber mais sobre.</i>	Profissionais da APS capacitados para realização de testes rápidos
Consultas de Pré-Natal Precoces	Orientação quanto ao início das consultas de pré natal antes das 12 semanas de gestação.	Profissionais da APS que realizam pré-natal
Imunização Prévia	Orientar e encaminhar a sala de vacinas para verificação da carteira de vacina. Importante salientar que vacinas de vírus vivos são contra indicadas na gestação, e portanto a gravidez deve ser adiada para pelo menos 30 dias após a aplicação da vacina. <i>Clique aqui para saber mais sobre.</i>	- Profissionais da APS que realizam pré natal - Vacinador da APS
Exame Preventivo de Câncer do Colo do Útero	Realizar a coleta se necessário; Orientar quanto a importância em manter atualizado o exame preventivo; Considerar como recente o preventivo coletado em até 2 anos. (Referência datas de realização do exame).	- Profissionais da APS que realizam pré natal - Médico(a) - Enfermeiro(a)
Condições Clínicas Pré-Existentes	Monitorar e gerenciar as condições clínicas preexistentes, tais como: Tireoidopatias, diabetes, hipertensão arterial, depressão, obesidade, Transtornos mentais, epilepsia, toxoplasmose, Tuberculose (quando sintomática), hepatites virais e HIV/Aids, mau passado obstétrico, doença falciforme antes e durante a gravidez, garantindo que estejam sob controle e minimizando os riscos associados a essas condições para a gestante e o feto. O objetivo é garantir um acompanhamento adequado e um plano de cuidados personalizado para cada paciente, visando à saúde materna e fetal durante todo o período gestacional.	- Profissionais da APS que realizam pré natal - Médico(a) - Enfermeiro(a)

O QUE?	COMO?	QUEM?
Exame Físico	▪ Avaliar o peso, altura e índice de massa corporal (IMC): ▪ $IMC \geq 30 \rightarrow$ caracteriza Obesidade I. $IMC \leq 19 \rightarrow$ caracteriza desnutrição. ▪ Pressão arterial e FC: ▪ PA alterada sem diagnóstico prévio e assintomático $\rightarrow$ orientar, acompanhar, anotar e solicitar controle de PA. ▪ Se mantiver níveis elevados $\geq 140 \times 90$ mmHg em três ou mais avaliações, em dias alternados e com duas medidas em cada avaliação caracteriza HA e deve ser encaminhada para consulta médica. ▪ Ausculta cardiopulmonar. ▪ Palpação de Tireóide. ▪ Exame clínico das mamas (inspeção e palpação). ▪ Exame ginecológico com coleta de citopatológico se necessário, conforme recomendações do Ministério da Saúde.	▪ Médico(a) ▪ Enfermeiro(a)
Laboratório	▪ Hemograma, glicose de jejum, TSH, IgM e IgG para toxoplasmose, EQU+URO+TSA (Antibiograma).	▪ Médico(a) ▪ Enfermeiro(a)
Hábitos	▪ Álcool ▪ Tabagismo ▪ Outras Drogas ▪ Hábitos alimentares	▪ Médico(a) ▪ Enfermeiro(a)

BRASIL, 2013; GUIA RS, 2024. [Clique aqui para saber mais sobre.](#)

As consultas pré-concepcionais representam uma oportunidade ideal para atualizar a caderneta de vacinação da pessoa que deseja engravidar e de seu parceiro.

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE

Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.



Acesse também pelo link: [Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense](#)

CAPÍTULO 3

O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser o principal ponto de acesso para gestantes no sistema de saúde, fornecendo um ambiente acolhedor e cuidados contínuos, especialmente durante a gravidez. É essencial que a equipe esteja familiarizada com a população de mulheres em idade fértil, especialmente aquelas que desejam engravidar ou que já são mães e participam de atividades relacionadas ao planejamento reprodutivo. Além disso, é fundamental que a equipe esteja atenta à inclusão dos parceiros sexuais na programação dos cuidados de saúde. No contexto da atenção primária, as equipes devem assumir a responsabilidade pela população em sua área de atuação, coordenando o cuidado mesmo quando os pacientes necessitam acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) (BRASIL, 2014).

3.1 ACOLHIMENTO, CAPTAÇÃO PRECOCE E ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DA GESTANTE NA APS

O acolhimento da gestante na atenção primária requer a responsabilidade pela integralidade do cuidado desde o primeiro contato, garantindo uma escuta atenta e sensível, estabelecendo vínculos e avaliando as vulnerabilidades de acordo com o contexto social da usuária. O profissional de saúde deve encorajar a gestante a compartilhar suas preocupações e angústias, buscando soluções e coordenando com outros serviços de saúde quando necessário, garantindo assim uma assistência contínua. Além disso, é fundamental que a equipe de saúde compreenda os diversos significados da gestação para a mulher e sua família, especialmente no caso de gestantes adolescentes. A história de vida e o contexto da gestação devem ser acolhidos de forma integral, considerando o relato da mulher e de seu parceiro, pois isso implica em mudanças nas dinâmicas familiares e nas relações estabelecidas entre os membros da família. (BRASIL,2013)

Toda mulher dentro da área de cobertura da unidade de saúde, que apresentar atraso menstrual superior a 15 dias, receberá orientações da equipe de saúde para realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), mediante solicitação do médico ou enfermeiro responsável. (BRASIL,2013)

O processo de cadastro e atualização do território, é uma atividade contínua que se inicia no primeiro contato da equipe de APS com uma família no território. Esse processo é mantido e atualizado seguindo uma rotina previamente estabelecida pela organização da equipe, com o objetivo de assegurar regularidade e consistência nas informações. BRASIL, 2020.

QUEM	ONDE	COMO
Agente de saúde	Domicílio ou território	Já cadastrado, o agente irá buscar as fichas arquivadas na UBS para serem atualizadas.
		Novo domicílio/família/terreno, novas fichas de registro serão iniciadas.
		Identificação do Responsável familiar no domicílio.
		Registrar novo cadastro ou atualização do Domicílio, por meio do Cadastro Domiciliar e Territorial.
		Registrar novo cadastro ou atualização dos cidadãos, por meio do Cadastro Individual.
▪ O agente retorna à UBS para digitação das fichas de cadastro. ▪ O agente retorna à UBS e realiza nova sincronização com o servidor.		

(BRASIL,2020)

3.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS

Destacamos que as responsabilidades dos profissionais são fundamentais em todas as etapas do processo, incluindo a territorialização, o mapeamento da área de atuação da equipe, a identificação das gestantes, a atualização contínua de informações e a prestação de cuidados em saúde, priorizando tanto o ambiente da unidade de saúde quanto o domicílio e outros locais comunitários, como escolas e associações.

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
Agente Comunitário de Saúde	▪ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; ▪ Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, Orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários; ▪ Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
	as consultas subsequentes; ▪ Conferir o cadastramento das gestantes, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante; ▪ Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço; ▪ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas; ▪ Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante/puérpera que apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar. ▪ Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário; ▪ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar ▪ Participar da construção do plano de cuidados.
Auxiliar/Técnico(a) de Enfermagem	▪ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; ▪ Verificar/realizar o cadastramento das gestantes; ▪ Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante; ▪ Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante; Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico); ▪ Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B; ▪ Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera); CAD.47 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO; ▪ Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente; ▪ Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário; ▪ Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; ▪ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar; ▪ Participar da construção do plano de cuidados; ▪ Realizar registro em prontuário de forma detalhada e clara, a cada atendimento prestado.

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
Enfermeiro(a)	▪ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; ▪ Realizar o cadastramento da gestante e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); ▪ Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a); ▪ Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; ▪ Realizar testes rápidos; ▪ Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das IST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); ▪ Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); ▪ Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para o AAE. Compartilhar cuidado em o AAE e APS (médico e enfermeiro) Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), pode ser realizado serviço de teleconsultoria; ▪ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; ▪ Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); ▪ Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; ▪ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; ▪ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar ▪ Participar da construção do plano de cuidados; ▪ Realizar registro em prontuário de forma detalhada e clara, a cada atendimento prestado.
Médico(a)	▪ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; ▪ Realizar o cadastramento da gestante e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); ▪ Realizar a consulta de pré-natal intercalada com a do(a) enfermeiro(a); ▪ Solicitar exames complementares, prescrever e orientar o tratamento, caso necessário; ▪ Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico); ▪ Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
	▪ Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme; ▪ Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário; ▪ Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; ▪ Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência; ▪ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; ▪ Realizar testes rápidos; ▪ Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); ▪ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; ▪ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar; ▪ Participar da construção do plano de cuidados ▪ Realizar registro em prontuário de forma detalhada e clara, a cada atendimento prestado.
Cirurgião-Dentista	▪ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; ▪ Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal); ▪ Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação; ▪ Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; ▪ Orientar e/ou realizar testes rápidos; ▪ Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); ▪ Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez; ▪ Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez; Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez; ▪ Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez; ▪ 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; ▪ Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
	▪ Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal; ▪ Identificar as gestantes de alto risco e discutir o caso com equipe médica e de enfermagem, para possível encaminhamento ao serviço de referência a alto risco; ▪ Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares; ▪ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico; ▪ Realizar busca ativa das gestantes faltosas 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 alimentares saudáveis e de higiene bucal; ▪ Participar da construção do plano de cuidados ▪ Realizar registro em prontuário de forma detalhada e clara, a cada atendimento prestado.

BRASIL, 2013

3.3 CONSULTA PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde recomenda um mínimo de seis consultas de pré-natal, distribuídas entre profissionais médicos e enfermeiros, com início precoce durante o primeiro trimestre da gestação (idealmente até a 12ª semana) com, no mínimo, sete consultas de pré-natal registradas ao final da gestação.

Preferencialmente a primeira consulta deve ser realizada com o enfermeiro. O início oportuno do pré-natal é fundamental para fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e as gestantes, permitindo o diagnóstico precoce de possíveis alterações, a implementação de intervenções adequadas e a identificação das expectativas relacionadas à gestação.

CONSULTAS PRÉ NATAL	
Até à 28ª Semana	Mensais
29 à 36ª Semanas	Quinzenais
Após 36ª semanas	Semanal até o parto
Após 40ª Semanas	Encaminhar para realizar cardiotocografia (CTG). CTG sem alteração – avaliar a gestante na unidade de saúde a cada 02 dias até completar 41 semanas. CTG com alteração – encaminhar obrigatoriamente para o hospital de referência por escrito pelo iG médico ou enfermeiro da UBS, contendo IG calculada de preferência pela primeira USG obstétrica ou DUM.
Com 41 semanas de gestação	Encaminhar ao hospital de referência no período da manhã para avaliação obstétrica, com encaminhamento obrigatoriamente por escrito pelo médico ou enfermeiro da UBS e exames de pré-natal.
CONSULTA PUERPERAL (MÉDICO OU ENFERMEIRO)	
A CONSULTA PUERPERAL É DE RESPONSABILIDADE DA APS E DEVE SER REALIZADA: ▪ ATÉ 10 DEZ DIAS APÓS O PARTO ▪ 30 DIAS APÓS O PARTO	

Protocolo Rede Cegonha, 2021.

Em cada consulta, é essencial realizar uma anamnese detalhada e um exame físico completo. Durante a consulta, também é importante verificar a pressão arterial, peso e altura uterina, cálculo de IMC, além de avaliar os batimentos cardíacos fetais e os movimentos do feto. Deve-se solicitar exames para rastreamento e complementação da avaliação clínica, estratificar o risco gestacional, oferecer as vacinas e profilaxias necessárias, e acompanhar a adesão aos tratamentos prescritos.

3.4 EXAMES PRÉ-NATAL

Os exames laboratoriais e de imagem, realizados e acessados em tempo oportuno, servem para complementar a avaliação clínica e a anamnese da gestante. Eles fornecem informações críticas que fundamentam a estratificação de

risco da gestação e orientam as condutas. Os exames pré-natais permitem a detecção precoce de possíveis complicações e a implementação de intervenções adequadas, contribuindo para a saúde e o bem-estar da gestante e do bebê.

EXAMES COMPLEMENTARES		INDICAÇÃO E OBSERVAÇÕES
1ª CONSULTA	Hemograma.	Rotina.
	Rotina Tipagem sanguínea e fator Rh.	Rotina.
	Coombs indireto.	Quando Rh for negativo. Convém planejar com o laboratório a coleta automática do Coombs indireto se o RH for negativo, evitando nova coleta sanguínea. Encaminhar ao pré-natal de alto risco casos positivos de Coombs indireto.
	Glicemia de jejum.	Rotina.
	Teste Rápido para Sífilis, Hepatite B e HIV.	Ver: <i>Testes Rápidos 3.4.1</i>
	VDRL quantitativo.	Para complementação diagnóstica e monitoramento do tratamento quando TR (teste treponêmico) para sífilis for reagente. Amostras com resultados reagentes nos dois testes (TR e VDRL) tem seu resultado definido como "Amostra reagente para sífilis". Atenção! Em amostras que apresentarem resultados discordantes entre os dois testes (TR e VDRL) deve-se sempre que possível realizar um terceiro teste. Este 3º teste deve ser treponêmico e sua metodologia deve ser diferente do primeiro teste treponêmico realizado (que foi o teste rápido)2.
	Toxoplasmose IgG e IgM.	<i>Clique aqui para ter acesso ao Manual Técnico de Orientações Sobre o Manejo da Toxoplasmose de Outubro de 2025.</i>
	Exame comum de urina e urocultura.	Rotina. Atenção! Se urocultura positiva, pactuar com o laboratório sempre fazer o teste de sensibilidade com antimicrobianos.
	Ultrassonografia obstétrica.	Rotina.
	Citopatológico do Câncer de colo de útero.	Se houver indicação clínica.

	Exame de secreção vaginal.	Se houver indicação clínica.
	Parasitológico de fezes.	Se houver indicação clínica.
	HTLV.	Rotina.
	Eletroforese de hemoglobina.	Rotina, de maneira universal, e não somente para gestantes negras.

MÉDICO E ENFERMEIRO		
EXAMES	INTERPRETAÇÃO	CONDUTAS
TIPAGEM SANGUÍNEA E FATOR RH 1ª CONSULTA	▪ Mulher Rh negativo e parceiro Rh positivo ou Rh desconhecido; ▪ Coombs indireto positivo: pessoa gestante sensibilizada; ▪ Coombs indireto negativo: pessoa gestante não sensibilizada.	▪ Solicitar o teste de Coombs indireto; ▪ Coombs indireto negativo: repetir exame de 4/4 semanas; ▪ Coombs indireto positivo: encaminhar ao AAE.
HEMOGRAMA 1ª CONSULTA REPETIR NO 2º E 3º TRIMESTRE	▪ Normal: Hemoglobina > 11 g/dL; ▪ Anemia leve e moderada: Hemoglobina entre 8 e 11 g/dL; ▪ Anemia grave: Hemoglobina < 8 g/dL.	▪ Se houver presença de anemia, deve-se iniciar o tratamento na UBS e repetir a avaliação em 30 a 60 dias após a prescrição do sulfato ferroso. Orientação nutricional; ▪ Em casos de anemia grave ou sem melhora após o tratamento, a gestante deve ser encaminhada para o Pré-Natal de Alto Risco.

ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA TESTE MÃE CATARINENSE	▪ HbAA: Normal, sem doença falciforme; ▪ HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; ▪ HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; ▪ HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; ▪ HbSS ou HbSC: doença falciforme.	▪ Pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações sobre a condição genética pela equipe da APS; ▪ Solicitar eletroforese de hemoglobina para o(a) parceiro(a); ▪ Doença falciforme: encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco tipo II. Qualquer anormalidade Iniciar tratamento na UBS e fazer encaminhamento ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional
GLICEMIA EM JEJUM (0202010473) SE A 1ª CONSULTA OCORRER COM < DE 24 SEMANAS: REALIZAR GLICEMIA DE JEJUM 1ª CONSULTA REPETIR NO 2º TRIMESTRE E 3º TRIMESTRE	▪ < 92 mg/dL = normal ▪ De 92 - 125 mg/dL = Diabetes Mellitus Gestacional (DMG); ▪ ≥ a 126 mg/dL: Diabetes Mellitus na gestação (prévio).	▪ Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade física apropriada); ▪ Realizar TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas. Para gestantes não diabéticas; ▪ DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2h após as principais refeições, com os seguintes valores de referência: jejum < 95 mg/dL e 2h após < 120 mg/dL; ▪ DEve ser realizado por até 2 semanas e levado junto na consulta do AAE; ▪ Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco levando o controle realizado; ▪ DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.
TESTE DE TOLERÂNCIA ORAL A GLICOSE (TOTG) 75G (PARA GESTANTES NÃO DIABÉTICAS) SOLICITAR NO 2º TRIMESTRE (ENTRE 24 E 28 SEMANAS)	▪ 1ª hora: até 180 mg/dL; ▪ 2ª hora: até 155 mg/dL.	▪ No caso de um valor alterado, deve ser iniciado o tratamento. Encaminhar paciente ao AAE. Em caso de diagnóstico prévio de DM não realizar o teste.

EXAME QUANTITATIVO DE URINA (EQU) 1ª CONSULTA REPETIR NO 2º E 3º TRIMESTRE OU CONFORME QUEIXA DA GESTANTE	▪ Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo; ▪ Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de 3 a 5 hemácias por campo; ▪ Proteinúria: alterado > 10 mg/dL. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	▪ Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não esteja disponível a urocultura, tratar empiricamente; ▪ Cilindrúria: hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e encaminhar ao AAE; ▪ Proteinúria: Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao AAE; ▪ Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: encaminhar à emergência obstétrica; ▪ Proteinúria maciça: encaminhar ao AAE; ▪ Pielonefrite: encaminhar à emergência obstétrica. ITU refratária ou de repetição: encaminhar ao AAE.
UROCULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE (ANTIBIOGRAMA) 1ª CONSULTA REPETIR NO 2º E 3º TRIMESTRE OU CONFORME QUEIXA DA GESTANTE	▪ Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por/ml (UFC/ml). ▪ Urocultura positiva: > 100.000 UFC/ml. ▪ Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	▪ Tratamento conforme resultados do exame. ▪ Em caso positivo tratar a gestante para infecção do trato urinário (ITU). ▪ Após o término do tratamento, repetir EQU + Cultura + TSA em 7 dias. ▪ Se houver ITU recorrente (3 ou mais episódios), tratar a gestante e encaminhá-la ao AAE com o formulário de Classificação de Risco Gestacional. ▪ Em caso de suspeita de pielonefrite, referenciar a gestante para a emergência obstétrica.
TOXOPLASMOSE IGG E IGM 1ª CONSULTA E NA SEQUÊNCIA CONFORME RESULTADOS DOS EXAMES	IgM não reagente e IgG reagente: imunidade remota, indicando infecção antiga ou toxoplasmose crônica. ▪ IgM e IgG não reagentes: suscetível à infecção. ▪ IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção ativa.	▪ Não é necessário repetir sorologia/manter pré-natal na APS. ▪ Orientar medidas de prevenção/repetir sorologia no próximo trimestre (idealmente a cada mês e no parto)/seguir pré-natal na APS.

	▪ IgM reagente e IgG não reagente: infecção muito recente ou falso positivo. ▪ Soroconversão: ocorre quando uma gestante inicialmente suscetível apresenta, em sorologias subsequentes, positividade de IgM ou ambos anticorpos (IgM e IgG).	▪ Iniciar tratamento/notificar/en-caminhar ao AAE/solicitar avidez (até IG 16 semanas) ▪ Iniciar tratamento/notificar/en-caminhar ao AAE/solicitar sorologia em 3 semanas.
HTLV- 1/2 1º TRIMESTRE	TRIAGEM SOROLÓGICA (ELISA ou CLIA) ▪ Não reagente: descarta a infecção por HTLV-1/2 ▪ Reagente/Indeterminado: Solicitar confirmatório sorológico (Western Blotting - WB ou Imunoensaio de Linha - LIA)	CONFIRMATÓRIO SOROLÓGICO ▪ Se WB ou LIA positivo: confirma a infecção por HTLV-1 ou HTLV-2 ▪ Se WB ou LIA negativo: descarta a infecção por HTLV-1/2 ▪ Se WB ou LIA inconclusivo/indeterminado: solicitar uma nova amostra após 3 meses. Recomendado confirmatório molecular para esclarecer o diagnóstico.
TESTAGEM/ PCR PARA CLAMÍDIA E GONOCOCO Rastreamento em pessoas assintomáticas: ▪ Gestantes <30 anos: na primeira consulta do pré-natal; ▪ Pessoas com diagnóstico de IST: no momento do diagnóstico; ▪ Pessoas vivendo com HIV: no momento do diagnóstico; ▪ Pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativos: semestral; ▪ Vítimas de violência sexual: no atendimento inicial entre 4 e 6 semanas após a exposição; ▪ Pessoas em uso de PrEP: semestral; ▪ Pessoas com indicação	▪ Não detectável: normal. ▪ Detectável: presença de <i>Chlamydia trachomatis</i> e/ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Orientações para coleta e cadastro: Clique aqui para ter acesso a Nota Técnica Conjunta N° 4/2024. Nos casos detectáveis, tratar conforme: Clique aqui para ter acesso ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) Não realizar testagem pós tratamento.

de PEP: no atendimento inicial entre 4 e 6 semanas após a exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico).		
Pessoas com sintomas de infecção por clamídia ou gonococo: ▪ Corrimento uretral; ▪ Corrimento cervical; ▪ Cervicite.		
TSH	Valores normais (na ausência de valores estabelecidos pelo laboratório): ▪ 1º trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L ▪ 2º trimestre: 0,2 a 3 mU/L ▪ 3º trimestre: 0,3 a 3 mU/L	Iniciar tratamento e encaminhar ao AAE. Gestante com hipotireoidismo prévio solicitar T4 livre.
EXAME DE SECREÇÃO VAGINAL	Conforme sinais e sintomas.	
CULTURA DE STREPTOCOCCUS	De 35 – 37 semanas quando disponível no município (rotina).	
PARASITOLÓGICO DE FEZES	Exame complementar, associado a sinais e sintomas.	
CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO	Indicado para todas as mulheres acima de 25 anos de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero; Após a 25ª semana de gestação.	
O Ministério da Saúde, desde 2003, não recomenda a realização do exame sorológico com pesquisa IgM para rubéola, na rotina do pré-natal, em gestantes ASSINTOMÁTICAS.		
<i>Clique aqui para ter acesso à Nota Técnica Nº 34/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS.</i>		

FONTE: RS, 2024

3.4.1 Testes Rápidos

Os testes rápidos (TRs) na gestação desempenham papel na identificação precoce de diversas condições que podem afetar tanto a saúde da gestante

quanto do feto. Eles permitem um diagnóstico ágil e eficiente, possibilitando intervenções imediatas que podem prevenir complicações e melhorar os resultados perinatais.

Os TRs são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Utilizam amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de ser realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato.

TESTES RÁPIDOS (TRs) 1ª CONSULTA – 2º TRIMESTRE – 3º TRIMESTRE Casos de aborto e natimorto também deve ser realizados TRs PROFISSIONAIS CAPACITADOS DAS UBS		
TR para Sífilis (treponêmico) * em caso de TR re-agente, um VDRL deve ser realizado	TR ou VDRL não reagente: resultado negativo para sífilis.	Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Deve-se considerar o histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrado.
	TR de sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagentes: diagnóstico de sífilis na gestação. TR de sífilis e VDRL discordantes: solicitar FTA-Abs. ▪ Se reagente: diagnóstico de sífilis na gestação. ▪ Se não reagente: exclui o diagnóstico de sífilis. *O diagnóstico de sífilis deve incluir tanto um teste treponêmico quanto um não treponêmico, além do histórico clínico e epidemiológico. Se o primeiro teste for reagente, o segundo deve ser coletado imediatamente.	O início do tratamento deve ser imediato, não sendo necessário esperar o resultado do segundo exame. A coleta do VDRL deve ser realizada o mais breve possível (linha de base). Para monitorar a resposta ao tratamento da gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e trimestralmente até completar 12 meses de acompanhamento. Os(as) parceiros(as) devem sempre ser tratados(as) presuntivamente concomitantemente com a gestante e ter o VDRL monitorado trimestralmente durante o primeiro ano.
OBRIGATÓRIO! O registro do tratamento realizado no prontuário e na caderneta da gestante. <u>Clique aqui para ter acesso ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)</u>		

TR para detecção de HIV	Não Reagente: Resultado negativo para HIV. Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (de marca diferente). Se TR1 e TR2 forem reagentes, a amostra é considerada reagente para HIV. Discordante: Se TR1 for reagente e TR2 não reagente, repetir ambos os testes rápidos. Se a discordância persistir, solicitar exames laboratoriais.	Se TR1 e TR2 reagentes, coletar Carga Viral (CV), genotipagem (pré-tratamento) e iniciar Terapia Antirretroviral (TARV) o mais precocemente possível, sem aguardar resultado de CV e genotipagem. Em caso de diagnóstico de HIV na gestação, encaminhar ao AAE e ao Serviço de Atenção Especializada (SAE) para cuidado compartilhado com a UBS de referência. <i>Clique aqui para ter acesso aos Manuais técnicos para diagnóstico.</i>
TR para Hepatite C	Não reagente: normal (suscetível). Reagente: contato prévio com o HCV.	Complementar o diagnóstico por meio de teste molecular (carga viral). Em caso de diagnóstico de Hepatite C na gestação, encaminhar ao AAE e ao SAE para cuidado compartilhado com a UBS de referência.
TR para Hepatite B	Não reagente: normal (suscetível). Reagente: suspeita de infecção por hepatite B.	TR não reagente e sem registro de vacina de hepatite B: iniciar ou completar o esquema vacinal em qualquer IG. TR reagente: complementar o diagnóstico por meio de teste molecular (carga viral e exames complementares). *Nos casos confirmados, tratar conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e coinfeções ou suas atualizações. <i>Clique aqui para ter acesso ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfeções.</i> Em caso de diagnóstico de Hepatite B na gestação, encaminhar ao AAE e ao SAE para cuidado compartilhado com a UBS de referência.
A NOTIFICAÇÃO DESSES AGRAVOS É OBRIGATÓRIA.		

FONTE: RS,2024. Clique nos links abaixo para ter acesso ao:

- *[Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis \(IST\)](#)*
- *[Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfeções.](#)*
- *[Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde \(APS\)](#)*

3.4.2 Suplementação na Gestação

ÁCIDO FÓLICO 5mg – 1cp.	Até as 20 semanas.
SULFATO FERROSO 40 mg – 1cp.	Até 3 meses após o parto.
CARBONATO DE CÁLCIO 500mg – 2cp *.	A partir de 12 semanas até o parto
* Recomenda-se a suplementação de dois (2) comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg (500 mg de cálcio) ao dia, equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar, para todas as gestantes, com início na 12ª semana de gestação até o momento do parto.	

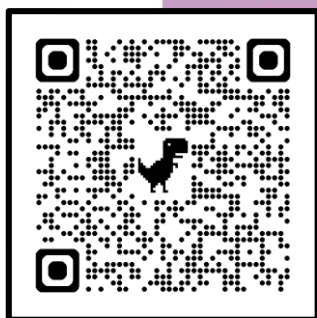
FONTE: PROTOCOLO REGIONAL, 2021. [Clique aqui para ter acesso a Nota Técnica Conjunta N° 251/2024](#)

3.4.3 Exames de Imagem na Gestação

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL OBSTÉTRICA MÉDICO/ENFERMEIRO	Pelo menos 2 (dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre de gestação sendo o primeiro até 12ª semana e o 2º até 16ª semana. Clique para ter acesso à LEI N° 14.598, de 14 de junho de 2023
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA PREFERENCIALMENTE NO 1º TRIMESTRE MÉDICO/ENFERMEIRO	Embora não haja evidências robustas sobre os benefícios da ultrassonografia (USG) de rotina para gestantes de risco habitual, a USG precoce pode ser útil para um diagnóstico oportuno de gestações múltiplas, além de proporcionar uma datação mais precisa da idade gestacional (IG). Isso pode reduzir o número de induções de parto por gestação prolongada e confirmar a viabilidade fetal. Nessas situações, a USG deve preferencialmente ser realizada por via transvaginal. A idade gestacional por USG deve sempre ser baseada no primeiro exame realizado, não devendo ser recalculada em exames subsequentes. À medida que a gestação avança, a margem de erro na estimativa da IG pelo USG aumenta em comparação com a data da última menstruação (DUM) confiável. O desvio esperado na datação por USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado é de três a sete dias, aumentando conforme a IG avança.
ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL MÉDICO	- Deve ser realizado entre a 11ª a 14ª semana; - Idade materna acima de 35 anos; - História familiar de doenças hereditárias relacionadas a Síndrome de Down.

ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA MÉDICO/ENFERMEIRO	Deve ser realizado entre a 20ª a 24ª semana
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER MÉDICO	Deve ser realizado entre a 20ª a 24ª semana Idade materna acima de 35 anos. História familiar de: doenças hereditárias e malformações, hipertensão arterial, diabetes mellitus, trombofilias, cardiopatias e lúpus eritematoso sistêmico.
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER MÉDICO	Deve ser realizado entre a 34ª a 36ª semana para estudo da função placentária, conforme indicação médica.
ECOCARDIOGRAMA FETAL MÉDICO	Terceiro trimestre (24ª a 28ª semanas). <i><u>Clique para ter acesso à LEI Nº 14.598, de 14 de junho de 2023.</u></i>

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 4

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA GESTAÇÃO

A gestante encontra-se em um ciclo de vida que requer especial atenção da ESB, tendo em vista que o estado de saúde bucal da gestante pode influenciar seu estado geral de saúde, bem como o do seu bebê (BRASIL, 2018).

Algumas alterações fisiológicas decorrentes do processo gestacional podem afetar as condições de saúde bucal da mulher neste período, entre elas:

- Elevação dos níveis de estrogênio e progesterona;
- Alterações na composição da placa subgengival e resposta imune da gestante;
- Diminuição da capacidade fisiológica do estômago;
- Náuseas, vômitos e sialorréia.

Somam-se as mudanças fisiológicas, as alterações nos hábitos diários importantes da futura mãe no que diz respeito à manutenção de uma boa condição de saúde bucal, principalmente em relação à alimentação e higiene oral (BRASIL, 2018b; DUCCI, GEVAERD, 2004). Desta forma a prevenção de agravos depende do acompanhamento periódico da gestante pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em conjunto com a ESB.

O ideal é que, durante o período pré-concepcional, seja realizada consulta de avaliação e que as necessidades de tratamento sejam sanadas.

Desta forma a futura gestante terá menos risco de experimentar alterações em relação à saúde bucal bem como os desconfortos que podem decorrer do seu tratamento. Infelizmente, nem sempre isso é possível, neste caso, é muito importante que a gestante realize avaliação odontológica, juntamente com o início do pré-natal, ou assim que possível. Recomenda-se que gestantes sem necessidade de tratamento, sejam monitoradas trimestralmente, para fins de prevenção e promoção de saúde e também após o parto.

A gravidez é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de hábitos saudáveis, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influência no desenvolvimento da saúde do bebê e de todo o seu núcleo familiar (DUCCI, GEVAERD; 2004).

Sendo assim, é de suma importância, que a ESB esteja envolvida juntamente com a ESF, no processo de educação em saúde por meio de grupos, visitas domiciliares e consultas individuais e compartilhadas. 84

4.1 MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA GESTANTE

- Quadros de sialorréia, náuseas e vômitos podem provocar aumento da acidez bucal expondo a paciente a um risco maior à cárie e outras patologias bucais;
- Risco aumentado de gengivite causado pelo aumento da vascularização gengival decorrente das alterações hormonais;
- Risco aumentado de erosão dentária causada por vômitos frequentes;
- Risco aumentado de cárie devido à mudança de hábitos alimentares e dificuldade de higienização, por maior reflexo nauseoso.

4.2 QUANDO A GESTANTE PODE SER TRATADA PELO CIRURGIÃO-DENTISTA

GESTANTES SAUDÁVEIS	▪ O tratamento odontológico não é contra indicado e deve ser realizado; ▪ Pode iniciar em qualquer fase gestacional, embora o segundo trimestre seja o momento de eleição, já que mãe e bebê encontram-se em um período de maior estabilidade; ▪ O primeiro trimestre apresenta algumas restrições quanto aos raios-X e uso de medicamentos (período de embriogênese); ▪ O terceiro trimestre apresenta restrições associadas ao uso de certos anestésicos, à posição da cadeira odontológica pela síndrome supina hipotensiva e a ansiedade da mãe em relação ao parto (BRASIL, 2018b; DUCCI, GEVAERD, 2004).
GESTANTES DE RISCO Em gestantes de risco o cirurgião-dentista realizará avaliação da possibilidade de atendimento preferencialmente em conjunto com médico.	Pode optar pela técnica de adequação do meio bucal; ▪ Priorizar o alívio da dor; ▪ Manutenção da higiene oral; ▪ Visar o conforto da gestante; ▪ Continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2018b). 85 O cirurgião dentista deve ficar atento às gestantes com infecção pelo vírus do HIV (CV e contagem de CD4 e CD8), como objetivo de evitar infecções oportunistas pós operatórias devido à imunossupressão causada pelo vírus.

4.3 CONSULTA ODONTOLÓGICA DA GESTANTE E DO BEBÊ

Todas as gestantes e bebês, acompanhados pela UBS deverão ter seu atendimento priorizado pela ESB na primeira consulta. Pactuar a primeira consulta da gestante e do bebê, entre ESF e ESB.

1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA DA GESTANTE	▪ Preferencialmente no primeiro trimestre: ▪ Exame clínico minucioso; ▪ Orientar sobre higiene oral. ▪ Recomendar a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dente com cerdas macias; ▪ Orientar a realização da massagem na gengiva durante a escovação; Recomenda-se o uso de fio dental diariamente; ▪ Orientar sobre alimentação saudável. ▪ Orientar a gestante a consumir uma dieta fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool e aumentar a ingesta hídrica; ▪ Orientar sobre causas de trabalho de parto prematuro. ▪ Orientar sobre náuseas e vômitos: que são comuns no início da gestação; ▪ Orientar a gestante a consumir uma dieta fracionada (06 refeições leves ao dia); ▪ Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; ▪ Evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ▪ Ingerir frutas ácidas e cítricas; ▪ Ingerir alimentos gelados; ▪ Aguardar de 30 a 40 minutos após episódios de vômitos, para escovar os dentes, visando a normalização de pH bucal e evitando desgastes dentários.
CONSULTA ODONTOLÓGICA 2º TRIMESTRE:	▪ Realizar todos os procedimentos curativos necessários em casos de gestantes de baixo risco; ▪ Adequação do meio bucal em gestantes de alto risco.
CONSULTA ODONTOLÓGICA 3º TRIMESTRE:	▪ Orientar sobre aleitamento materno (orientar conforme Capítulo 10). ▪ Recomendar agendamento da primeira consulta do bebê em 30 dias, assim o cirurgião-dentista fornecerá todas as orientações necessárias para o período. ▪ Realizar a segunda consulta da criança no 6º mês de vida, com o nascimento dos primeiros dentes de leite, ou de acordo com a necessidade de cada criança.
GESTANTE COM MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO	▪ Realizar consulta compartilhada com os outros profissionais da APS; ▪ Realizar busca ativa através de visitas domiciliares.

4.4 HIGIENE BUCAL DA MÃE E DO BEBÊ

No que diz respeito à higiene bucal da mãe, é recomendada a escovação dos dentes com dentifrício fluoretado pelo menos duas vezes ao dia, assim como a utilização do fio dental, ao menos uma vez ao dia.

Os agentes antimicrobianos, como a clorexidina, podem ser utilizados para o controle da gengivite se o dentista achar necessário (SILVA, STUANI, QUEIROZ; 2006). A escovação está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo. Cabe ao cirurgião dentista a orientação quanto aos cuidados especiais em relação ao uso de dentifrícios fluoretados para crianças menores de seis anos, especialmente para aquelas menores de dois anos (BRASIL, 2018b)

4.5 MEDICAÇÕES

Gravidez não contraindica o tratamento odontológico sendo que as infecções orais nas pacientes grávidas não devem ser negligenciadas e sim tratadas imediatamente (RODRIGUES et al, 2017). Em relação aos analgésicos, o paracetamol é o fármaco de primeira escolha, tendo em vista que, quando empregado em doses terapêuticas não gera riscos para o feto. Já para o tratamento de infecções, as penicilinas são a primeira escolha. (VASCONCELOS et al., 2012) Tetraciclina deverão ser evitadas, já que são responsáveis por deficiência na formação do esmalte dentário, coloração anormal dos dentes e retardo no crescimento ósseo do bebê (FUCHS, WANNMACHER, 2010)

SUGESTÕES DE FÁRMACOS DE USO ODONTOLÓGICO QUE PODEM SER USADOS NA GESTAÇÃO

- Paracetamol 750mg – 01cp-6/6 horas
- Paracetamol 500mg – 01cp-6/6 horas
- Paracetamol 500mg + Codeína 30mg – 01cp-6/6 horas
- Amoxicilina 500mg – 01 cap-8/8 horas, por 07 dias
- Amoxicilina 875mg – 01 cap-12/12/ horas, por 07 dias
- Metronidazol 250mg – 01 cp-8/8 horas, por 07 dias
- Clindamicina 300mg – 01 cp-6/6 horas, por 07 dias
- Cefalexina 500mg – 01 cp-6/6 horas, por 07 dias

Anestésicos locais são considerados seguros para uso durante toda a gravidez, bem como a associação de anestésicos locais com vasoconstritores, quando utilizados em doses terapêuticas onde a gravidez não constitui estado de contra-indicação para anestesia local (PAIVA, CAVALCANTI; 2005).

SOLUÇÃO ANESTÉSICA LOCAL SEGURA PARA GESTANTES

Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre à injeção lenta da solução. (FALCÃO et al, 2014).

As exceções encontram-se na prilocaína e benzocaína, que diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal e no vasoconstritor felipressina que possui semelhança 88 estrutural com a ocitocina, podendo causar contrações uterinas (VASCONCELOS et al., 2012).

4.6 USO DE FLÚOR NA GESTANTE

A suplementação de flúor no pré-natal não é indicada, já que não há evidências científicas que comprovem que se a gestante ingerir flúor durante a gestação, o bebê terá menos cáries (VANSCONCELOS, 2012).

O flúor poderá ser mais importante para o bebê, após a erupção dos dentes, por volta dos 06 meses de idade (DUCCI, GEVAERD; 2004). A fluoroterapia tópica deve sempre ser considerada de acordo com a necessidade de cada caso.

O uso de dentifrícios fluoretados, aplicações tópicas de flúor gel por profissionais, bochecho com soluções fluoretadas e utilizações de materiais que liberem flúor devem ser indicados para prevenção e sobretudo, para o controle de cárie (MORAES 2009).

Exames radiográficos para uso odontológico na gestação Há uma grande resistência em relação às tomadas radiográficas por parte das gestantes e também por parte de um grande número de cirurgiões dentistas. No entanto, a radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas (VASCONCELOS et al., 2012). Por questões de conforto e segurança, sugere-se que haja criteriosidade na solicitação de tais exames, avaliando sempre o risco benefício e a necessidade real de tal exame para a continuidade do tratamento da gestante.

Quando indicada, a tomada radiográfica deve sempre ser realizada com a proteção adequada: avental com revestimento de chumbo e protetor de tireóide, já que além da proteção da radiação, há um importante aspecto tranquilizador para a gestante. Este procedimento deve ser unificado para todas as pacientes, pois nem sempre se tem conhecimento da gravidez no momento do exame (LONDRINA, 2009)

CAPÍTULO 5

NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO

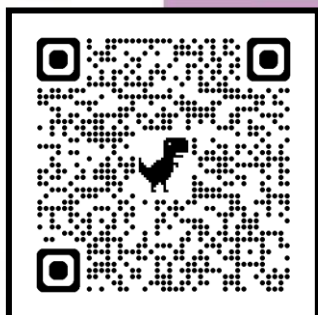
Durante a gestação, é fundamental garantir uma alimentação adequada para promover a saúde e o bem-estar da gestante, além de contribuir para o pleno desenvolvimento fetal. O acompanhamento nutricional visa também prevenir o surgimento de complicações como diabetes gestacional, hipertensão e ganho de peso excessivo. Para uma abordagem mais precisa e individualizada, recomenda-se o uso do Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Gestante, ou outras ferramentas similares que possam surgir para substituí-lo, como instrumento de apoio à prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS).

Durante o pré-natal, é essencial seguir as orientações e utilizar os gráficos disponíveis para monitorar o ganho de peso gestacional, conforme estabelecido na Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde, na sua 8ª edição ou em edições posteriores. Este momento é propício não apenas para avaliar o estado nutricional, mas também para identificar o desejo e a motivação da gestante em relação ao aleitamento materno. Além disso, é uma oportunidade para promover e incentivar familiares e cuidadores a adotarem uma alimentação complementar saudável, contribuindo assim para o desenvolvimento adequado do bebê (MS, 2014).



Clique aqui para ter acesso ao Guia Alimentar Para a População Brasileira

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 6

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A redução da razão de mortalidade materna exige a oferta de cuidados de alta qualidade, desde o planejamento reprodutivo até o cuidado no puerpério. Nesse contexto, a estratificação de risco gestacional desempenha um papel crucial, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis, e assegurando a continuidade do cuidado adequado e em tempo oportuno. É fundamental reconhecer que uma gestação que evolui bem pode, a qualquer momento, se transformar em uma gestação de risco. Assim, a reavaliação do risco deve ser contínua, desde o início do pré-natal até o momento do parto, além disso, a avaliação e classificação de vulnerabilidade e risco social são componentes essenciais desse processo (RS, 2024).

A estratificação de risco gestacional contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis, sendo fundamental para a continuidade do cuidado adequado e em tempo oportuno. A avaliação do risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal e registrada na caderneta da gestante, para que ela a apresente nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde. Esta prática permite identificar gestantes que, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, necessitam de encaminhamento para serviços especializados ou para atendimento emergencial.(RS, 2024)

6.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

BAIXO RISCO (RISCO HABITUAL)	ATÉ 4 PONTOS.	Realizado pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) durante toda a assistência ao pré-natal. Intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a), inclusão de avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.
MÉDIO RISCO (RISCO INTERMEDIÁRIO)	DE 5 A 9 PONTOS	Mantido pela equipe de APS durante todo o pré-natal Médicas e de enfermagem, com avaliação pelo especialista (médico obstetra) quando necessário. Inclusão de avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.
ALTO RISCO	10 OU MAIS PONTOS	Deve ser feito pela equipe de APS, com referência para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) estadual, regional ou municipal. Equipe Multiprofissional: Inclui médico obstetra, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros. Plano de Cuidados: O AAE compartilha o cuidado com a APS, elaborando e monitorando o plano de cuidados, monitorando os marcadores clínicos de estabilização e intervindo rapidamente nas intercorrências clínicas e obstétricas. Exames e Avaliações: Realização e avaliação de exames especializados. Visitas Domiciliares: Mais frequentes e atentas. Vinculação: Ligação à maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento.

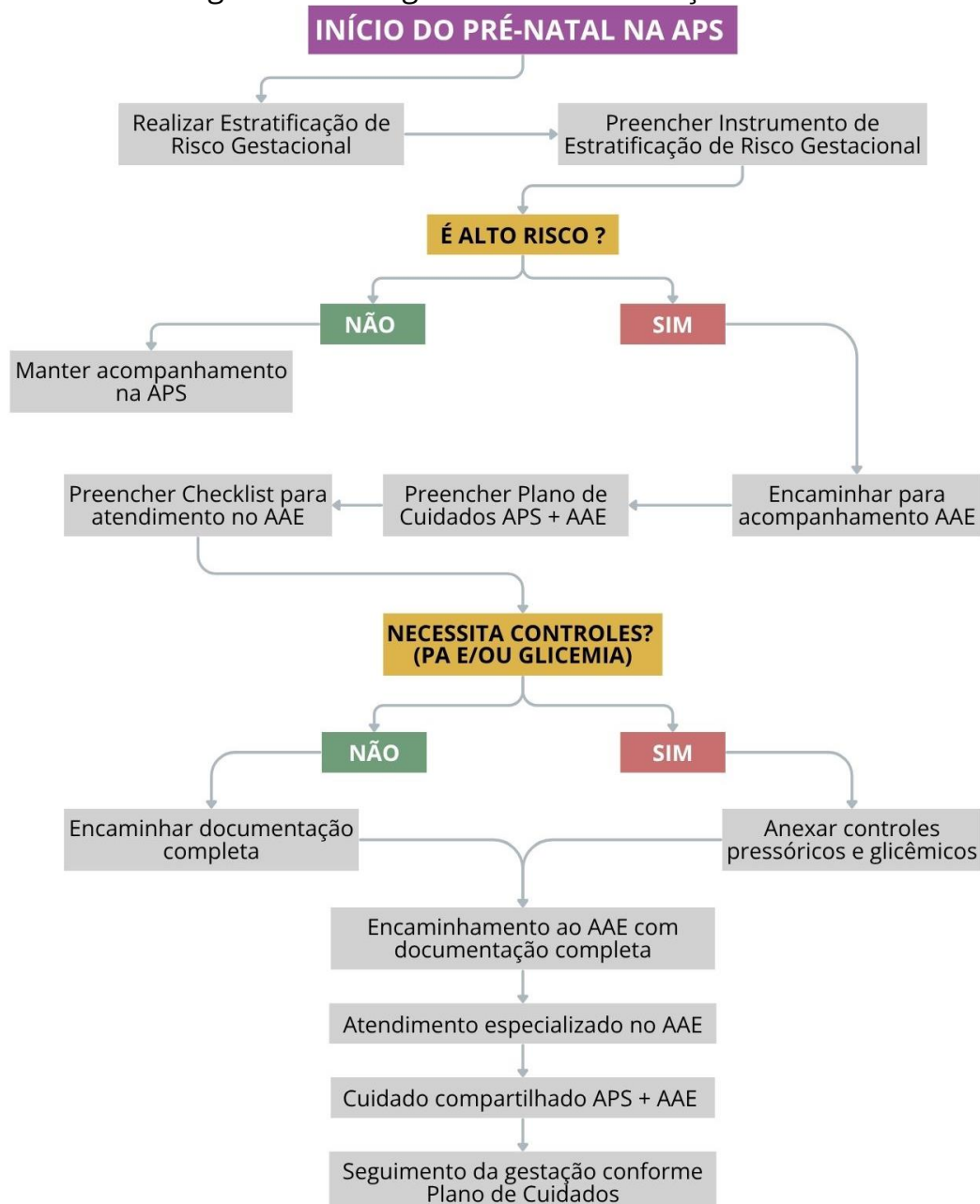
Ações de Rotina: Realização das ações de rotina do pré-natal descritas para todos os estratos de risco

Independente do nível de risco (médio ou alto), a gestante deve ser continuamente assistida pela APS conforme o cronograma de consultas.

FONTE: SC,2025

6.2 FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Figura – 1 Fluxograma De Estratificação De Risco



Fonte: SES,2025

6.2.1 Tabela A

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	
Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 40 anos	2
Mulher de Raça Negra (preta ou parda)	2
Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo)	2
Tabagista ativa	2
Indícios de sofrer de violência	2
Gestantes imigrantes, em situação de rua ou em comunidades indígenas e quilombolas	2
Baixo peso no início da gestação (IMC <18 Kg/m ²)	2
Sobrepeso (IMC: 25-29,9 kg/m ²)	1
Obesidade (IMC > 30 – 39,9 kg/m ²)	4
Obesidade grau 3	10

A soma de pontos dessa sessão não configura encaminhamento direto ao AAE de alto risco, exceto a obesidade grau 3. A presença isolada ou combinada dos demais fatores de risco serve para nortear a equipe da APS em relação ao planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde, assim como de educação em saúde e orientação ao autocuidado, considerando as particularidades de cada gestante, especialmente aquelas em vulnerabilidade social, familiar ou econômica.

6.2.2 Tabela B

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas)	2
Acretismo placentário	2
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior	2
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	5
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação	2

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação	10
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico ou perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI)	10
Óbito fetal de causa não identificada	10
Incompetência istmo cervical	10
Psicose puerperal anterior	10
Descolamento prematuro de placenta	10
Histórico de cardiomiopatia periparto	10

6.2.3 Tabela C

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	
Doença hipertensiva da gestação / Pré-eclâmpsia	10
Diabetes gestacional com necessidade insulinoterapia	10
Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição do crescimento fetal	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia	10
Polidrâmnio / Oligodrâmnio	10
Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas)	10
Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas	10
Hepatopatias (exemplo: cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase e esteatose gravídica)	10
Anemia grave (Hb<8g/dL) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral)	10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	10

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	
Câncer materno com diagnóstico durante gestação	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou MMG com BI-RADS 3 ou mais	10
Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento) 1	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal	10
Gemelaridade	10
Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis com falha terapêutica ou em caso de reinfecção, AIDS, HIV, HTLV*, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase, dengue, Zika, Chikungunya)	10
Condiloma acuminado	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de > 5% peso corporal)	10

*gestantes com diagnóstico confirmado de HTLV-1 e HTLV-2 e assintomáticas mantêm o pré-natal e seguimento na APS de acordo com o Guia de Manejo Clínico da Infecção por HTLV; se identificados sintomas relacionados à infecção, como por exemplo sintomas intermediários da mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP), bexiga neurogênica, uveíte e coinfeções, como tuberculose pulmonar e estrogiloidíase grave, encaminhar para a Infectologia. Se dúvidas de manejo fazer teleconsultoria conforme recomendação acima.

6.2.4 Tabela D

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia)	10
DM 1 ou DM 2 descompensado (encaminhar também à Endocrinologia)	10
Tireoidopatias (hipotireoidismo e hipertireoidismo)	10
Doenças Psiquiátricas graves (psicose e depressão grave)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de: tromboembolismo, AVC, IAM, TEP e TVP; tratamento com anticoagulantes	10
Cardiopatias com repercussões hemodinâmicas	10

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Pneumopatias graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar)	10
Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença renal crônica TFG<60 ou terapia de substituição renal)	10
Hemopatias e anemia grave (Hb<8g/dL) ou refratária ao tratamento por 30-60 dias)	10
Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose)	10
Transplantes	10
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Epilepsia	10
Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina)	10
Histórico de conização ou traquelectomia	10
Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou CV detectável e/ou CD4<250 e/ou coinfeção	10

INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL, 2025

Todas as gestantes encaminhadas para o ambulatório de pré-natal de alto risco devem manter o acompanhamento compartilhado na APS. Durante o período em que a gestante aguarda autorização de consulta no pré-natal de alto risco, ocorrendo piora do quadro clínico ou resultado de novos exames alterados, a APS deve, obrigatoriamente, solicitar a devolução da solicitação para inserção de novas informações e reenviar para a regulação para reclassificação da prioridade;

Para os agravos com manejo recomendado na APS ou encaminhados ao ambulatório de pré-natal de alto risco pode ser realizada teleconsultoria para auxílio do manejo. As teleconsultorias do pré-natal de alto risco são realizadas apenas de médico para médico;

Os encaminhamentos que não preencherem critérios conforme protocolo poderão ser devolvidos pela regulação com orientação de manejo na APS ou realização de teleconsultoria;

Os encaminhamentos com diagnósticos genéricos ou não especificados, não acompanhados de controles ou exames confirmatórios e tratamento instituído serão devolvidos para maiores informações;

Ao ser classificada como sendo de alto risco a gestante deverá ser regulada via Sistema de Regulação (SISREG) para o AAE/PNAR (Santa Catarina, 2025) e encaminhada com os seguintes documentos:

- Preencher o instrumento de estratificação de risco gestacional (em anexo);
- Preencher o plano de cuidados APS e AAE (em anexo);
- Checklist para atendimento no ambulatório de atenção especializada em gestantes e crianças de alto risco – AAE (em anexo);
- Encaminhar com os Controles Pressóricos e Glicêmicos, caso seja necessário (em anexo).

6.3 TELECONSULTORIA

O Telessaúde-UFSC como ferramenta de teleconsultoria para dúvidas clínicas eletivas. O objetivo principal da coordenação de cuidado é proporcionar atenção qualificada, contínua e integral, no lugar e tempo certos, com custo compatível com o quadro clínico, de forma humanizada e equânime, de acordo com o pressuposto das redes de atenção à saúde (Mendes, 2011).

As teleconsultorias para o Pré-natal de alto risco, com especialistas em Obstetrícia, estão disponíveis somente para algumas macrorregiões de saúde no estado e podem ser solicitadas exclusivamente pelos profissionais médicos da APS.

Os municípios dentro das macro regiões da Foz do Rio Itajaí e da Serra Catarinense também podem realizar teleconsultoria especializada em Pré-Natal de alto risco nas redes específicas "SES - SC -> Gestante Alto Risco - Região Foz do Rio Itajaí" e "SES - SC -> Gestante Alto Risco Serra Catarinense". Apesar de ser um serviço consultivo, ou seja, não é pré-requisito obrigatório para acesso ao AAE/PNAR via SISREG, as dúvidas podem ser encaminhadas por meio da plataforma do STT, as quais serão respondidas em até 72h por um especialista da área, com base nas melhores evidências científicas e protocolos clínicos e de acesso pactuados no estado (Santa Catarina, 2025).

Para gestantes com manejo recomendado na APS, ou seja, de risco habitual ou intermediário, o suporte via teleconsultoria poderá ser obtido junto aos Médicos de Família e Comunidade (MFC) disponibilizados pelo Núcleo Telessaúde UFSC na rede "Telessaúde UFSC -> Medicina de Família e Comunidade" do módulo de teleconsultorias. Esse tipo de teleconsultoria pode ser solicitada tanto por médicas(os) quanto por enfermeiras(os) da APS cadastrados no Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT). Serão respondidas dúvidas relacionadas ao atendimento pré-natal no geral, ao manejo de comorbidades, aos ajustes de terapia medicamentosa, à conduta terapêutica e a solicitação de exames complementares, pertinentes à atuação do MFC. Este serviço é oferecido de forma assíncrona para todo o estado de Santa Catarina, com tempo estimado de resposta em 72 horas, exceto onde há fluxo próprio estabelecido pelo município e onde a regulação ambulatorial tem a teleconsultoria de caráter compulsório.

- Para mais informações e cadastro acessar:

<https://telessaude.ufsc.br/>

- Para solicitação de teleconsultoria acessar:

<https://login.telemedicina.saude.sc.gov.br/>

6.4 DADOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO SISREG.

- Paridade (G PC PN A)
- Data da última menstruação (DUM)
- Idade gestacional (IG)
- Data provável do parto (DPP)
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes clínicos
- História clínica atual e tratamentos já realizados até momomento
- Dados relevantes do exame físico (ex.: peso anterior à gestação, peso atual, IMC, pressão arterial, altura uterina, entre outros)
- Resultado controle de PA e HGT (se indicados)
- Exames laboratoriais e de imagem que apresentam alterações (que sugerem ou confirmam diagnóstico)
- Histórico de teleconsultorias já realizadas
- Pontuação da Estratificação de risco e motivo que pontuação.

***Em anexo (passo a passo sistema SISREG).**

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 7

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

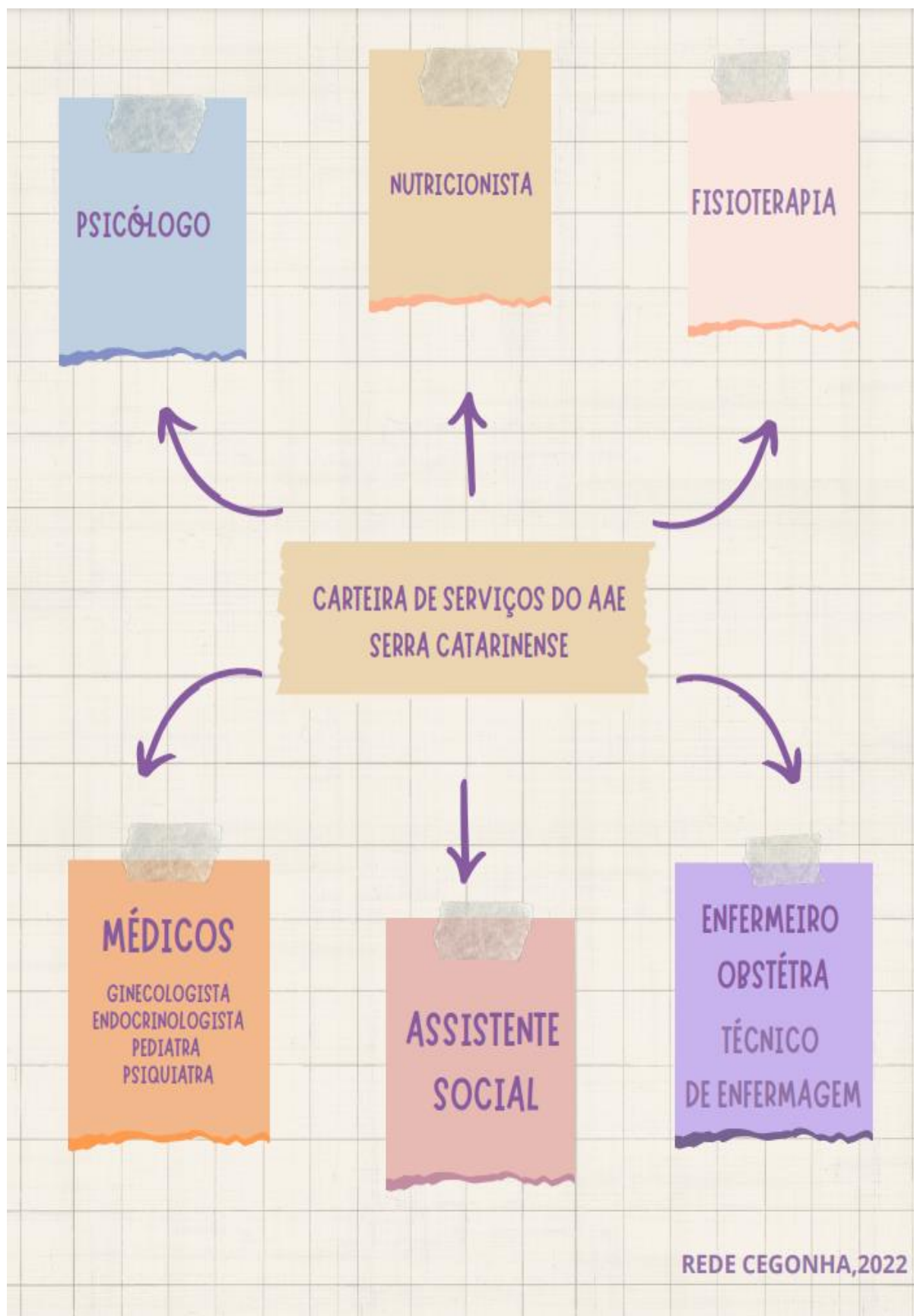
O Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) desempenha um papel fundamental nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) ao proporcionar cuidados especializados a usuários com condições crônicas complexas ou muito complexas. Definido pela resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 23 de 2018, o AAE é organizado regionalmente nas macrorregiões de saúde, na Serra Catarinense agrupa um total de 18 municípios. Esta estrutura otimiza o acesso e a qualidade dos serviços prestados, garantindo a vinculação direta entre a equipe especializada e as equipes de APS dos municípios da Serra Catarinense.

7.1 AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - AAE

O público-alvo do AAE localizado no Hospital e Maternidade Tereza Ramos são as gestantes da Serra Catarinense que demandam cuidados contínuos e complexos. Os serviços ofertados são alinhados com as diretrizes clínicas e dimensionados de acordo com a necessidade da subpopulação-alvo, garantindo coerência e eficácia no atendimento. Além da função assistencial, que é central ao AAE, o ambulatório também desempenha funções educacionais, supervisionais e de pesquisa.

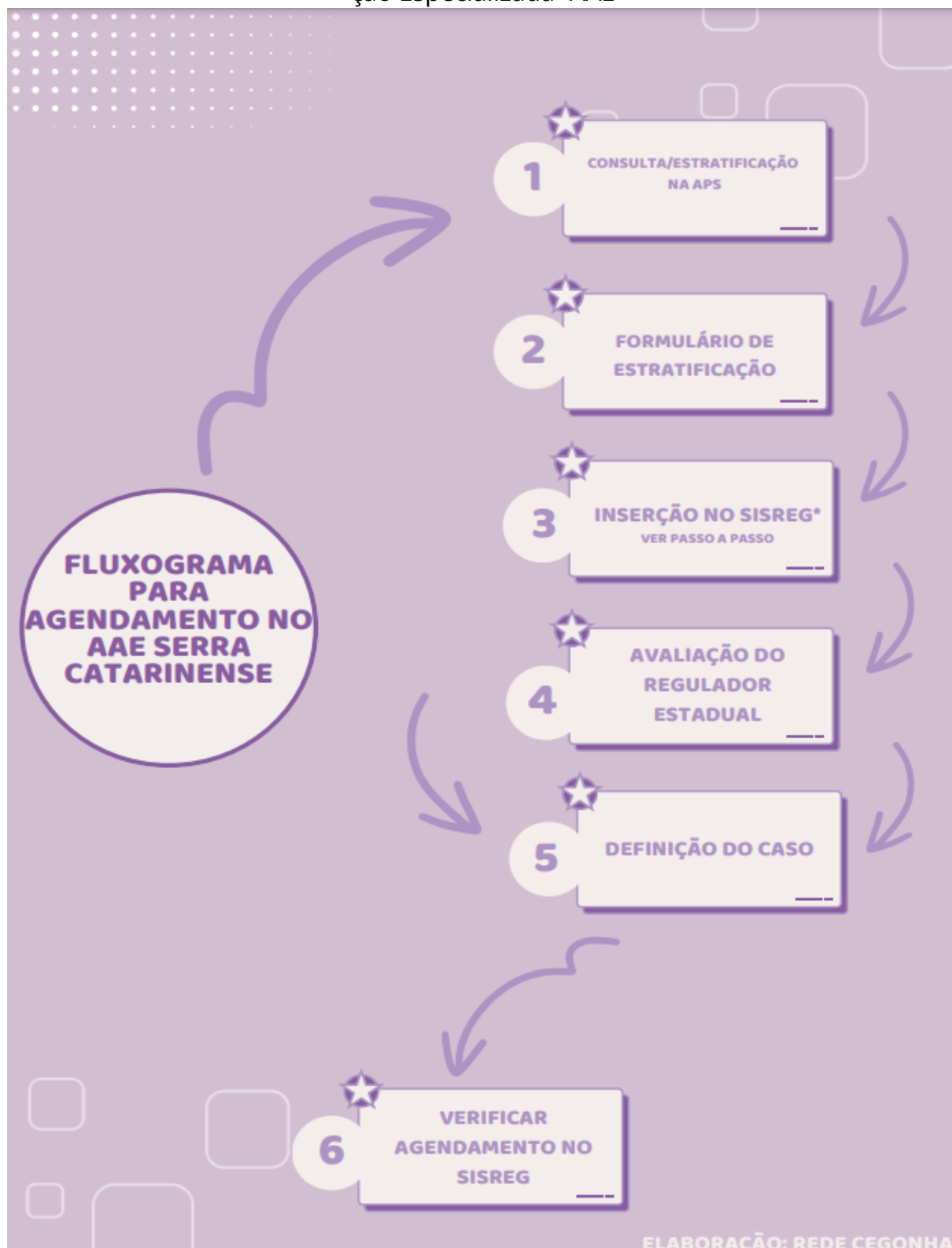
A função assistencial é realizada por uma equipe multiprofissional que trabalha de maneira interdisciplinar, organizando o cuidado em ciclos de atendimentos sequenciais e prescrevendo um Plano de Cuidados Integrados. Este modelo de atendimento permite superar a tendência de vinculação permanente dos usuários às unidades especializadas, facilitando o retorno ao cuidado primário uma vez estabilizada a condição clínica. As funções educacional e supervisional são essenciais para a integração entre as equipes do AAE e da APS.

Figura 2 – Carteira de Serviços do AAE Serra Catarinense



7.2 FLUXOGRAMA PARA AGENDAMENTO DA GESTANTE NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA- AAE

Figura 3 – Fluxograma Para Agendamento da Gestante no Ambulatório de Atenção Especializada- AAE



7.3 COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Instrumento de estratificação de risco/telessaúde.

CAPÍTULO 8

QUEIXAS COMUNS NA GESTAÇÃO

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
NÁUSEAS, VÔMITOS E TONTURAS	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Sobre serem comuns no início da gestação; ▪ Consumir uma dieta fracionada (06 refeições leves ao dia); ▪ Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis, líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ▪ Ingerir frutas ácidas e cítricas antes de se levantar pela manhã, como maçã e pêra; ingerir alimentos gelados; ▪ Indicar realização de auriculoterapia ou acupuntura. Agendar consulta médica em caso de vômitos frequentes e verificar a conduta para hiperêmese gravídica	MÉDICO E ENFERMEIRO ▪ Metoclopramida 10mg-1cp de 8/8h. (Risco B) ▪ Ondansetrona 4mg 1cp de 12/12h ou 8mg 1cp ao dia. (não indicado no 1º trimestre) - ▪ Piridoxina 50mg-1cp de 6/6h ou 100mg-1cp de 12/12h. SOMENTE MÉDICO ▪ Dimenidrato 100 mg-1 cp de 6/6h. (Risco B) ▪ Meclizina 25 a 100 mg /dia em doses divididas conforme necessidade.

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
HIPERÊMESE GRAVÍDICA (HG) *Forma grave de náuseas e vômitos na gestação. Presença de vômitos persistentes sem outras doenças que justifiquem a alteração.	Dados da anamnese ajudam a verificar a gravidade do caso. Nos casos de média ou maior intensidade, o exame físico pode identificar sinais de desidratação e até redução do peso.	TRATAMENTO - FORMAS LEVES Medidas não farmacológicas e farmacológicas orais, geralmente ambulatorial. TRATAMENTO - FORMAS MODERADAS E GRAVES Abordagem multidisciplinar em ambiente hospitalar. <i><u>Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação</u></i>
PIROSE	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Consumir de dieta fracionada, evitando frituras; ▪ Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo; ▪ Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; ▪ Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo; ▪ Elevar a cabeceira da cama ao dormir.	MÉDICO E ENFERMEIRO ▪ Hidróxido de Alumínio - 01 frasco. Tomar 10ml de 8/8h. (Risco B - OBS: este medicamento pode causar constipação) SOMENTE MÉDICO ▪ Hidróxido de magnésio - 01 frasco Tomar 10 ml de 8/8h. (Risco B - OBS: este medicamento pode alterar a consistência das fezes, tornando mais amolecidas).
SIALORRÉIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA)	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Sobre sintoma comum no início da gestação; ▪ Seguir dieta semelhante à indicada para náusea e vômito; ▪ Deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).	MÉDICO E ENFERMEIRO
SONOLÊNCIA	ESTIMULAR A GESTANTE: ▪ Expressar suas expectativas e sentimentos; ▪ Estimular o repouso; ▪ Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga, meditação; ▪ Avaliar Pressão Arterial (PA); ▪ Aumentar ingestão hídrica.	MÉDICO E ENFERMEIRO

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
INSÔNIA	ESTIMULAR A GESTANTE: ▪ Expressar suas expectativas e sentimentos; ▪ Estimular o repouso; ▪ Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga, meditação; ▪ Avaliar PA; ▪ Aumentar ingesta hídrica; ▪ Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante; ▪ Participar de grupos de gestantes; ▪ Ler livros e filmes que relaxem; ▪ Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins; ▪ Banhos mornos, massagens; ▪ Chá de erva doce, suco de maracujá com talo de alface.	
FRAQUEZAS E DESMAIOS	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Não realizar mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; ▪ Manter dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado; ▪ Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio. ▪ Realizar diagnóstico diferencial para Anemia.	MÉDICO E ENFERMEIRO
DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL	Certificar-se de que não são contrações uterinas; Caso a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, indique exercícios apropriados; Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal: dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais; recomendar o aumento da ingestão de líquidos e evitar alimentos de alta fermentação, tais como	MÉDICO E ENFERMEIRO ▪ Buscopan simples (para as cólicas). (Risco C). SOMENTE MÉDICO ▪ Dimeticona (para os gases). (Risco C); ▪ Supositório de glicerina ou óleo mineral (para a obstipação). (Risco A); ▪ Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
	repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar; recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;	
HEMORRÓIDAS	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Alimentação rica em fibras e água, a fim de evitar a obstipação intestinal; ▪ Não usar papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) realizar higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação; ▪ Fazer compressas frias. Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.	MÉDICO E ENFERMEIRO
EDEMA	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Elevar pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. várias vezes ao dia; ▪ Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; ▪ Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos, esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema; ▪ Usar roupas leves, evitando meias elásticas ou roupas apertadas que dificultam o retorno venoso; ▪ Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; ▪ Realizar controle de peso e PA.	MÉDICO E ENFERMEIRO
HIPERPIGMENTAÇÃO DA PELE	Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);	MÉDICO E ENFERMEIRO

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
	Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. Alguns casos necessitam de tratamento dermatológico, encaminhar a dermatologista;	
CORRIMENTO VAGINAL	Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação; Orientar o uso de calcinha de algodão; Não utilizar absorvente de uso diário;	MÉDICO E ENFERMEIRO - Metronidazol geléia vaginal 1 vez ao dia ao deitar (fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido). (Risco B) ou Nistatina creme vaginal MÉDICO E ENFERMEIRO 1 vez ao dia ao deitar (prurido, secreção branca grumosa e sem odor). (Risco A)
QUEIXAS URINÁRIAS	ORIENTAR A GESTANTE: Geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação. Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada; Caso exista dor ao urinar (disúria) ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre realizar consulta compartilhada o mais breve possível. Ver conduta em intercorrências na gestação.	MÉDICO E ENFERMEIRO
FALTA DE AR E DIFICULDADES PARA RESPIRAR:	Sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão diafragmática, assim como por consequência da ansiedade da gestante. Recomendar o repouso em decúbito lateral esquerdo; Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso; Observar outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco	MÉDICO E ENFERMEIRO

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
	frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória; Agendar a consulta médica em caso de dúvida ou suspeita de problema clínico. Referenciar ao HMTR em caso de suspeita de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Encaminhar para avaliação/ acompanhamento Psicológico caso necessário;	
MASTALGIA	Descartar qualquer intercorrência mamária. ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Á normalidade de incômodo mamário, devido ao aumento fisiológico das mamas e ao desenvolvimento de suas glândulas; ▪ Recomendar à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação; ▪ Sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades. ▪ Evitar estímulo mecânico (ordenha e sucção) nos mamilos nessa fase, para evitar contrações uterinas.	MÉDICO E ENFERMEIRO
LOMBALGIA	Identificar sinais e sintomas de ITU recorrentes ou contrações uterinas. ORIENTAR A GESTANTE: ▪ A correção de sua postura ao sentar e ao andar; ▪ Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; ▪ Realizar a aplicação de calor local; ▪ Auriculoterapia e acupuntura; ▪ Atividades de alongamento e relaxamento;	MÉDICO E ENFERMEIRO ▪ Paracetamol 750mg - 1 cp de 6/6h - se não for contraindicado, por tempo limitado. (Risco B)

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
	▪ Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante confortável para a gestante; ▪ Identificar e restringir o que lhe causa dor e desconforto; ▪ Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; ▪ Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade;	
CEFALÉIA	Descartar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia; Conversar sobre as tensões, conflitos e temores; Orientar exercícios de relaxamento e respiração, prática física, meditação, yoga ou natação; Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; Sugerir repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; Estimular aumento da ingestão hídrica e alimentação adequada; Recomendar auriculoterapia e acupuntura; Orientar a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave; Encaminhar a consulta médica na persistência do sintoma;	MÉDICO E ENFERMEIRO ▪ Paracetamol 750 mg 1cp de 6/6h quando houver dor. (Risco B)
SANGRAMENTO GENGIVAL	Recomendar a escovação após as refeições, com o uso de escova de dentes com cerdas macias; Orientar a realização de massagem na gengiva durante a escovação; Recomendar o uso de fio dental diariamente; Agendar atendimento odontológico;	MÉDICO ENFERMEIRO DENTISTA
EPISTAXE	Prescrever uso de Soro nasal com 2	MÉDICO E ENFERMEIRO

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
	a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas; Orientar a aplicação de compressa fria na base do nariz para compressão; Encaminhar para avaliação médica, caso sangramento persistente.	
SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Uso de talas no pulso para dormir; ▪ Aplicação de frio local; ▪ Dormir com as mãos elevadas; ▪ Realizar exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante;	MÉDICO E ENFERMEIRO
ESTRIAS	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Sobre a frequência das estrias após o 5º mês de gestação ser comum na gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, ▪ Informar que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento; ▪ Estimular aumento da ingestão hídrica, o uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; ▪ O ganho de peso deve ser adequado para evitar estrias. Obs: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico que é também contraindicado na amamentação.	MÉDICO E ENFERMEIRO
VARIZES	ORIENTAR A GESTANTE: ▪ Não permanecer muito tempo em pé ou sentada; ▪ Repousar (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; ▪ Não usar roupas muito justas e	MÉDICO E ENFERMEIRO

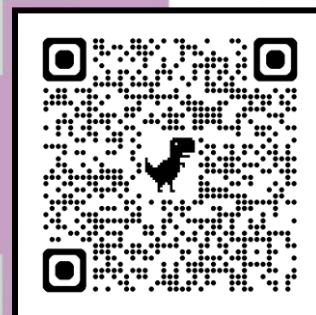
QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
	nem ligas nas pernas; Se possível, utilizar meia-calça elástica (suave compressão) para gestante - de acordo com orientação médica.	
CÃIMBRAS	ORIENTAR A GESTANTE: Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local; Evitar o excesso de exercícios, especialmente dos músculos do pé; Realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar. Evitar ficar na mesma posição por período prolongado no último trimestre, Aumentar a ingestão de alimentos que contenham potássio (banana, melão, abacate, folhas de beterraba cozida, suco de laranja, suco de uva, purê de batata, entre outros) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.); Recomendo pisar em superfície fria durante a crise.	MÉDICO E ENFERMEIRO

FONTE: ADAPTAÇÃO PROTOCOLO REDE CEGONHA, 2021

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE

Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.



Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 9

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA PRIMEIRA E SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA PRIMEIRA METADE	▪ Abortamento; ▪ Gestação Ectópica (GE); ▪ Doença trofoblástica gestacional (DTG)	<i><u>Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco</u></i>
SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA SEGUNDA METADE	▪ Placenta prévia ▪ Descolamento prematuro de placenta	

FONTE: BRASIL, 2022

Em qualquer uma dessas circunstâncias, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação materna e fetal na unidade de emergência obstétrica designada como referência.

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alayne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 10

ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES

DEFINIÇÃO	Saída espontânea de líquido amniótico pela vagina após a perda da integridade das membranas ovulares, sem a presença de sinais de trabalho de parto, em gestações com mais de 20 a 22 semanas.
DIAGNÓSTICO	O diagnóstico de rotura prematura de membranas (RPM) é fundamentalmente clínico. Ele se baseia na anamnese, onde a gestante relata a perda de líquido em quantidade variada, mas frequentemente contínua, pelos genitais. O exame físico costuma confirmar o diagnóstico: a palpação obstétrica pode revelar uma sensação de pouco líquido, e deve-se buscar a visualização direta do líquido amniótico saindo pelo orifício externo do colo uterino durante o exame especular.
CONDUTA	Encaminhar para referência obstétrica hospitalar.
A REGRA GERAL É PELA INTERNAÇÃO DAS GESTANTES ATÉ O PARTO.	

CAPÍTULO 11

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

DEFINIÇÃO

A Restrição de Crescimento Fetal (RCF) é definida como um processo que modifica e restringe o potencial de crescimento do feto. Na prática clínica, é diagnosticada com base no percentil de peso em relação à idade gestacional, sendo considerada RCF quando o peso fetal está abaixo do percentil 3 para a idade gestacional.

DIAGNÓSTICO

*a avaliação da vitalidade fetal e a decisão do momento adequado para o parto são as principais estratégias no manejo desses fetos.

RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL PRECOCE (<32 SEMANAS):

- CA*/PFE <p3 ou Doppler de AU* com diástole zero;
- ou**
- CA*/PFE* <p10 + IP* da Aut* >p95 ou IP da AU >p95

RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL TARDIA (≥32 SEMANAS):

- CA/PFE <p3

	ou 2 das 3 características: ▪ CA/PFE <p10 ▪ CA/PE – queda de mais de 2 quartos na curva de crescimento ▪ Relação cérebro-placentária p95 ou IP da AU >p95 Nota: CA: circunferência abdominal; PFE: peso fetal estimado; AU: artéria umbilical; IP: índice de pulsatilidade; Aut: artéria uterina
CONDUTA	Estratificar e encaminhar para AAE
<i>Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestão de Alto Risco</i>	

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: [Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense](#)

CAPÍTULO 12

GRAVIDEZ PROLONGADA

DEFINIÇÃO	Gravidez prolongada (GP) ou pós-termo deve ser reservado para as gestações que atingem ou ultrapassam as 42 semanas ▪ Termo precoce: de 37 0/7 semanas a 38 6/7 semanas. ▪ Termo completo: de 39 0/7 semanas a 40 6/7 semanas. ▪ Termo tardio: de 41 0/7 semanas a 41 6/7 semanas. ▪ Pós-termo: 42 0/7 semanas e após.
DIAGNÓSTICO	O diagnóstico de GP requer uma determinação precisa da idade gestacional, que é melhor realizada por ultrassonografia entre 9 e 12 semanas. Esse método é mais confiável, especialmente para gestantes com incertezas sobre a data da última menstruação. Ultrassonografias realizadas após esse período são menos precisas, mas podem ser usadas para confirmar discrepâncias significativas entre a estimativa ultrassonográfica e a data da última menstruação no segundo trimestre.
FATORES DE RISCO	▪ Idade materna maior que 40 anos; ▪ Obesidade; ▪ Nuliparidade; ▪ Etnia caucasiana; ▪ Feto masculino; ▪ Antecedente de GP.

COMPLICAÇÕES

RISCOS MATERNOS E PERINATAIS

▪ MATERNAS:

- Trabalho de parto prolongado.
- Distocias.
- Necessidade de parto cesáreo.
- Parto vaginal operatório.
- Lacerações do trajeto de parto.
- Hemorragia pós-parto.
- Endometrite puerperal.

▪ Perinatais:

- Macrossomia.
- Oligoâmnio.
- Toco-traumatismo.
- Síndrome de aspiração meconial.
- Sofrimento fetal agudo.
- Acidemia neonatal.
- Baixo índice de Apgar.

RISCO DE ÓBITO FETAL

Embora raro, o óbito fetal tem consequências trágicas e profundas do ponto de vista psicoemocional. Estudos mostram que o risco de óbito fetal aumenta em 1,48 vezes com 41 semanas e em 1,77 vezes com 42 semanas, em comparação com 40 semanas de gestação.

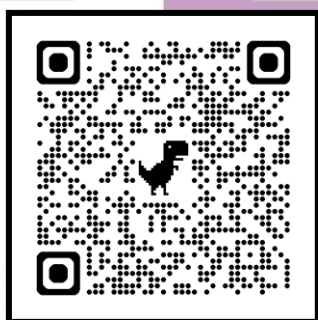
Gestantes com idade materna avançada, especialmente acima de 40 anos, devem ser monitoradas com atenção, pois apresentam um risco elevado de óbito intrauterino, apesar das razões para esse aumento ainda não serem completamente compreendidas.

CONDUTA OBSTÉ- TRICA NA GRAVIDEZ PROLONGADA

Encaminhar para referência a partir 40ª semana para realização de cardiotocografia a cada dois dias até completar 41 semanas (conforme 1ª Ultrassonografia)

Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestão de Alto Risco

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 13

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

DEFINIÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma forma de intolerância aos carboidratos que ocorre durante a gravidez, diferenciando-se do diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) pelo nível de hiperglicemia. Durante a gestação, o aumento da secreção de insulina e a queda da glicose no jejum são normais, mas a resistência à insulina cresce com o avanço da gestação. Se o pâncreas materno não consegue suprir as necessidades de insulina, ocorre hiperglicemia.

DIAGNÓSTICO

Investigação e Diagnóstico da Hiperglicemia na Gestação

A hiperglicemia deve ser avaliada no início e na metade da gestação para reduzir complicações. Recomenda-se:

- **Rastreamento Universal:** Realizar independentemente de fatores de risco.

	▪ Primeira Consulta: Medir a glicemia de jejum (GJ): • GJ ≥ 126 mg/dL: Diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio). • GJ entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: Diabetes mellitus gestacional. ▪ Para GJ < 92 mg/dL no 1º Trimestre: Realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g entre 24 e 28 semanas, avaliando GJ, G1h e G2h. • TOTG-75g: • Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): Limites são 92 mg/dL (GJ), 180 mg/dL (1 hora), e 153 mg/dL (2 horas); pelo menos um valor alterado é necessário. • Diabetes Prévio: GJ ≥ 126 mg/dL e/ou duas horas ≥ 200 mg/dL. ▪ Se TOTG-75g Não For Possível: Repetir glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas, usando os mesmos valores de referência do 1º trimestre.
CONTROLE GLICÊMICO	A meta para o controle da glicemia é manter níveis de normoglicemia: ▪ Jejum: < 95 mg/dL ▪ Uma hora pós-prandial: < 140 mg/dL ▪ Duas horas pós-prandial: < 120 mg/dL A automonitorização da glicemia é feita com glicosímetro e punção em ponta de dedo. Gestantes com diabetes mellitus gestacional (DMG) devem realizar o perfil glicêmico diariamente ou pelo menos três vezes por semana, com quatro medições: jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar. Gestantes em uso de insulina devem monitorar a glicemia diariamente, incluindo medidas pré-prandiais para diabetes tipo 1 ou 2. Na rede SUS, o material necessário para monitoramento é fornecido gratuitamente.
MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)	A adequação nutricional e a prática de exercícios são as primeiras etapas do tratamento, sendo eficazes para cerca de 70% das mulheres. As recomendações nutricionais devem ser personalizadas, considerando o índice de massa corpórea, idade, exercício diário, e condições clínicas e culturais. As gestantes devem ser encorajadas a praticar exercícios moderados, como caminhadas de 30 a 40 minutos, 5 ou mais dias por semana, desde que não haja contraindicações.

CONDUTA

Estratificar e encaminhar ao AAE com controle glicêmico e demais exames.

Realizar controle glicêmico: glicemia capilar em jejum, 1 hora após o café, 1 hora após o almoço, 1 hora após o jantar. (no mínimo 1 semana antes da consulta).

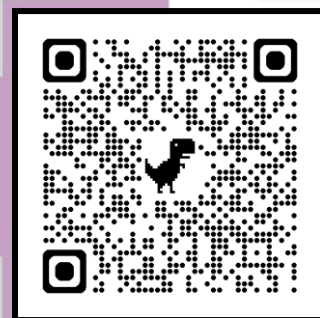
Formulário em anexo

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestão de Alto Risco](#)

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**

Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.



Acesse também pelo link: *[Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense](#)*

CAPÍTULO 14

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

DEFINIÇÃO	▪ Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou ▪ Pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg
CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	1. HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA: Hipertensão presente antes da 20ª semana de gestação ou relatada pela gestante. 2. HIPERTENSÃO GESTACIONAL: Hipertensão identificada na segunda metade da gestação em gestante previamente normotensa, sem proteinúria ou sinais de pré-eclâmpsia (PE). Pode evoluir para PE em 10-50% dos casos e deve desaparecer até 12 semanas após o parto. Se persistir, reclassificar como hipertensão arterial crônica. Controle inclui manter pressão entre 110-140/85 mmHg, monitorar PE e postergar resolução da gestação

	até 39+6 semanas (desde que a pressão arterial esteja controlada, não haja comprometimento do bem-estar fetal ou evolução para pré-eclâmpsia). 3.PRÉ-ECLÂMPsia: Hipertensão a partir da 20ª semana de gestação associada à proteinúria significativa ou disfunção de órgãos-alvo sem proteinúria (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, eclâmpsia ou comprometimento placentário). 4.PRÉ-ECLÂMPsia SOBREPOSTA À HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA: Diagnóstico feito quando há piora da proteinúria após a 20ª semana, necessidade de aumentar doses de anti-hipertensivos, ou disfunção de órgãos-alvo. 5.CARACTERIZAÇÃO DA PROTEINÚRIA: Pelo menos 300 mg em urina de 24 horas. Relação proteinúria/creatinúria em amostra isolada é alterada quando o valor for de pelo menos 0,3. Na ausência desses métodos, fita qualitativa com pelo menos uma cruz (30 mg/dL).
CONDUTA	Encaminhar para referência com controle pressórico por pelo menos 1 semana, iniciar o tratamento medicamentoso. Formulário em anexo.

CAPÍTULO 15

OLIGOÂMNIO

DEFINIÇÃO	Volume de líquido amniótico menor do que o esperado para a idade gestacional.
DIAGNÓSTICO	O diagnóstico ultrassonográfico pode ser qualitativo, descrevendo-se como líquido amniótico reduzido, ou quantitativo, medindo-se o índice de líquido amniótico (ILA) ou o maior bolsão vertical (MBV). ▪ ILA é a soma das medidas dos maiores bolsões em quatro quadrantes, sendo considerado oligoâmnio quando ≤ 5 cm. ▪ MBV é a medida do maior quadrante de líquido amniótico, sendo oligoâmnio quando < 2 cm.

CLASSIFICAÇÃO DA QUANTIDADE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO PELO ILA

Oligoâmnio grave	<3 cm
Oligoâmnio	<5 cm
ILA reduzido	5,1 cm a 8 cm
ILA normal	8 cm a 18 cm
ILA aumentado	18,1 cm a 25 cm

FONTE: MS,2022

CLASSIFICAÇÃO DA QUANTIDADE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO PELO MBV

Oligoâmnio grave	<1 cm
Oligoâmnio	<2 cm
LA reduzido	2 cm a 3 cm
LA normal	3 cm a 8 cm
Polidrâmnio	>8 cm

FONTE: MS,2022

CONSIDERAÇÕES

O anidrâmnio é definido na ausência de bolsão de líquido amniótico, tanto pela técnica do ILA ou do MBV.

CONDUTA

Encaminhar para a referência com o laudo do USG obstétrico

CAPÍTULO 16

POLIDRÂMPIO

DEFINIÇÃO	Excesso na quantidade de líquido amniótico
DIAGNÓSTICO	O diagnóstico ultrassonográfico é baseado na visualização do aumento do volume de líquido amniótico. Se há suspeita de polidrâmnio na avaliação subjetiva, recomendamos a avaliação objetiva, por meio do ILA MBV (Tabela 3). O polidrâmnio é definido quando $ILA \geq 24$ cm e $MBV \geq 8$ cm

ILA (cm)	MBV (cm)	Classificação
8 a 18	3 a 8	Normal
18,1 a 25		Aumentado
25	8	Polidrâmnio
25,1 a 30	8,1 a 12	Polidrâmnio leve
30,1 a 35	12,1 a 16	Polidrâmnio moderado
>35	>16	Polidrâmnio grave

FONTE: MS, ADAPTADO DE FEBRASGO, 2020

CONDUTA

Encaminhar para a referência com o laudo do USG obstétrico

CAPÍTULO 17

MANEJO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um importante desafio para a saúde pública mundial, afetando milhões de pessoas anualmente. Caracterizadas pela transmissão predominantemente via contato sexual, essas infecções abrangem um amplo espectro de agentes etiológicos, incluindo bactérias, vírus, fungos e parasitas. As ISTs podem ter consequências severas para a saúde reprodutiva, sexual e geral, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente. Abordaremos brevemente aqui as principais ISTs, suas manifestações clínicas, métodos de diagnóstico, opções de tratamento e estratégias de prevenção, enfatizando a importância da educação e do cuidado integral para a redução da sua incidência e impacto na população.

17. 1 SÍFILIS

DEFINIÇÃO	Infecção bacteriana sistêmica, crônica e curável. É causada pelo <i>Treponema pallidum</i> .
TRANSMISSÃO	A transmissibilidade é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/tardia). Formas de transmissão: ▪ Contato sexual. ▪ Transmissão vertical: taxa de transmissão para o feto de até 80% intraútero. Durante o parto vaginal, a infecção pode ser transmitida se a mãe apresentar lesões sífilíticas no canal de parto.
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	A maioria das pessoas são assintomáticas. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada. A sífilis congênita, transmitida de uma gestante para seu feto, pode resultar em sérias consequências, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, e manifestações congênitas precoces ou tardias, além de morte do recém-nascido. Para informações detalhadas sobre as manifestações clínicas da sífilis, consultar o item 17.1.1.
DIAGNÓSTICO	Considerar dados clínicos, resultados de testes diagnósticos, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Os testes imunológicos são os mais utilizados. Subdivididos em treponêmicos e não treponêmicos. Recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico (preferencialmente teste rápido), que é o primeiro teste a ficar reagente. Teste treponêmico REAGENTE + teste não treponêmico REAGENTE = diagnóstico de sífilis confirmado* ▪ O diagnóstico não está confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes com baixa titulação em testes não treponêmicos após o tratamento adequado (DOCUMENTADO) e com queda prévia da titulação, em pelo menos, duas diluições, quando descartada nova exposição de risco. Nas situações de resultados discordantes, deve-se solicitar um segundo teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro (FTA-Abs total). Para informações detalhadas sobre os testes diagnósticos, consultar o item 17.1.2.

NEM TODO TÍTULO BAIXO NO VDRL É CICATRIZ SOROLÓGICA

A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas. Há que se incorporar definitivamente a ideia de que títulos altos nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados, e de que títulos baixos podem ser encontrados em três situações:

- - Infecção recente;
- - Estágios tardios da infecção (sífilis tardia);
- - Casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negativação.

Esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado cicatriz sorológica. Os testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. Ainda assim, os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico.

CONDUTA

Nas gestantes, **o início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame.**

Realizar tratamento IMEDIATAMENTE com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados.

Coletar VDRL no início do tratamento e mensalmente até o parto.

As parcerias devem ser avaliadas, tratadas e ter o VDRL monitorado trimestralmente durante um ano. Recomenda-se oferta de tratamento presuntivo às parcerias sexuais (independentemente do estágio clínico ou de sinais e sintomas).

O início do tratamento com apenas um teste reagente, não exclui a necessidade da realização do segundo teste, do monitoramento laboratorial e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

Para mais informações, consultar o fluxograma implementado na região para auxiliar o manejo de gestantes com sífilis.

Em caso de violação do direito à saúde da criança (recusa de tratamento pela gestante, atraso de doses, não seguimento das orientações da equipe de saúde, dentre outras situações), consultar o fluxograma implementado na região.

TRATAMENTO (de acordo com o estágio)

A benzilpenicilina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado da sífilis em gestantes.

Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)

Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)

	Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM O intervalo entre doses deve ocorrer, idealmente, a cada sete dias, não podendo ultrapassar nove dias. Caso alguma das doses seja perdida ou o intervalo entre elas ultrapasse nove dias, é necessário repetir o esquema terapêutico completo. Caso a gestante não retorne no 7º dia para receber as doses subsequentes, é necessário realizar imediatamente a busca ativa.
	Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias

Considera-se tratamento **ADEQUADO** durante a gestação aquele completo para o respectivo estágio clínico da sífilis, feito com benzilpenicilina benzatina e INICIADO ATÉ 30 DIAS ANTES DO PARTO.

Gestantes que não atendam a esses critérios serão consideradas **INADEQUADAMENTE** tratadas. Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses será considerado como tratamento inadequado.

MONITORAMENTO

Solicitar VDRL mensalmente até o final da gestação e a cada 3 meses após o parto até completar um ano do tratamento (realizar, preferencialmente, no mesmo laboratório).

A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento.

Queda da titulação em 2 diluições no intervalo de 3 meses: continuar seguimento com VDRL até o final da gestação e a cada 3 meses após o parto até completar um ano do tratamento.

Não houve queda da titulação em 2 diluições no intervalo de 3 meses: considerar se já tinha títulos baixos, descartar possibilidade de reinfecção, investigar sinais e sintomas e se necessário, reavaliar retratamento.

Houve aumento da titulação em 2 títulos: investigar reinfecção. Avaliar retratamento.

No caso de neurossífilis, realizar exame de líquido cefalorraquidiano (LCR) a cada 6 meses até normalização.

CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO	Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32), OU Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16), OU Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.
----------------------------------	--

17.1.1 Manifestações Clínicas da Sífilis

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS
SÍFILIS PRIMÁRIA	- Úlcera indolor chamada "cancro duro", com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que surge no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento); - Linfadenopatia regional; - Período de incubação de até 90 dias.
SÍFILIS SECUNDÁRIA	- Em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro; - Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão); - Micropoliadenopatia; - Linfadenopatia generalizada; - Sinais constitucionais; - Quadros neurológicos, oculares, hepáticos; - A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.
TODA ERUPÇÃO CUTÂNEA SEM CAUSA DETERMINADA DEVE SER INVESTIGADA COM TESTES PARA SÍFILIS.	
SÍFILIS LATENTE LATENTE RECENTE (ATÉ UM ANO DE DURAÇÃO) LATENTE TARDIA	- Assintomática; - Diagnosticada apenas pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos; - Grande parte dos diagnósticos ocorrem nesse estágio; - Dividida em latente recente (até um ano após a infecção) e latente tardia (mais de um ano após).

SÍFILIS TERCIÁRIA

- Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares;
- Danos graves aos sistemas nervoso e cardiovascular;
- Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica;
- Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral;
- Ocorre em aproximadamente 15% a 25% das infecções não tratadas, podem surgir entre um e 40 anos após a infecção.

FONTE:MS/2022

17.1.2 Testes De Sífilis

TESTE	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
TESTES TREPONÊMICOS	Detectam anticorpos específicos contra os antígenos do <i>T. pallidum</i>. São os primeiros a se tornarem reagentes e, por isso, são os mais indicados para iniciar a investigação de sífilis. Eles permanecem reagentes por toda a vida em 85% dos casos, mesmo após o tratamento. Portanto, NÃO devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento.	Testes Rápidos (TR): Resultados rápidos permitindo tratamento imediato. Teste de Imunofluorescência Indireta (FTA-Abs): Somente é recomendado o FTA-Abs que detecta anticorpos totais (no SIGTAP, especificar como FTA-Abs total - código 02.02.03.109-8) Testes de Hemaglutinação (TPHA) e de Aglutinação de Partículas (TPPA) Ensaio Imunoenzimático (ELISA) e Quimioluminescência (CMIA).
TESTES NÃO TREPONÊMICOS	Detectam anticorpos anticardioli-pina não específicos contra o <i>T. pallidum</i>. São utilizados tanto para diagnóstico inicial quanto para monitoramento da resposta ao tratamento.	VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) RPR (Rapid Plasma Reagin) USR (Unheated-Serum Reagin)

Permitem uma análise qualitativa e quantitativa (quando reagentes, realiza-se a diluição da amostra para titulação dos anticorpos).

O resultado descrito no laudo sempre será o valor da última diluição que apresentar reatividade no teste.

Para evitar o fenômeno prozona (ausência de floculação por excesso de anticorpos na amostra), toda amostra é testada pura e diluída 1:8.

Tornam-se reagentes 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro duro.

Resultados falso-reagentes podem ocorrer devido à presença de anticorpos anticardiolipina em outras doenças, destacando a importância de usar testes treponêmicos e não treponêmicos para confirmação diagnóstica.

FONTE:MS/2022

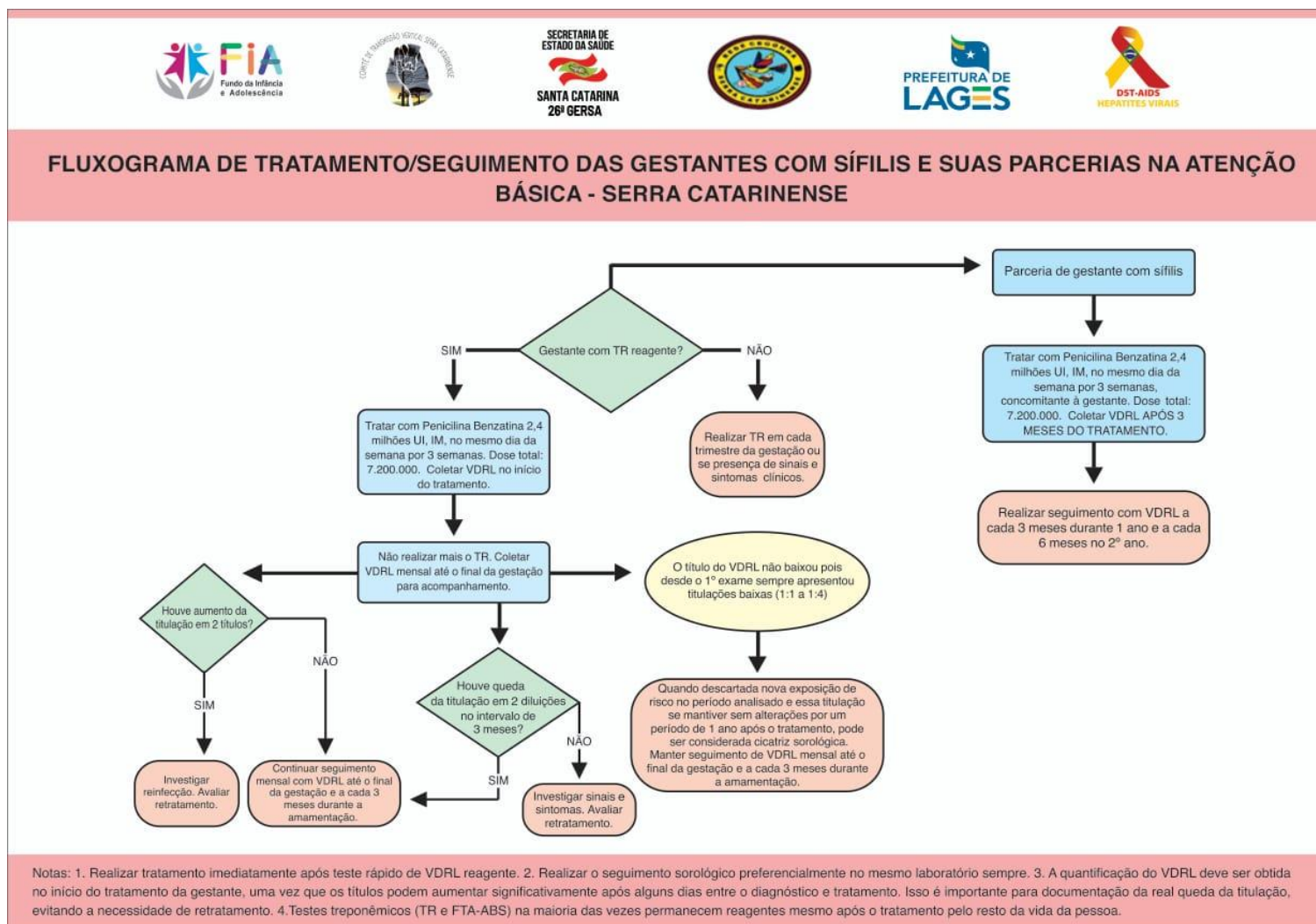
No caso de necessidade de busca ativa sugere-se aplicação do fluxograma abaixo:

Figura 4 – Fluxograma de Busca Ativa: Violação dos direitos da criança



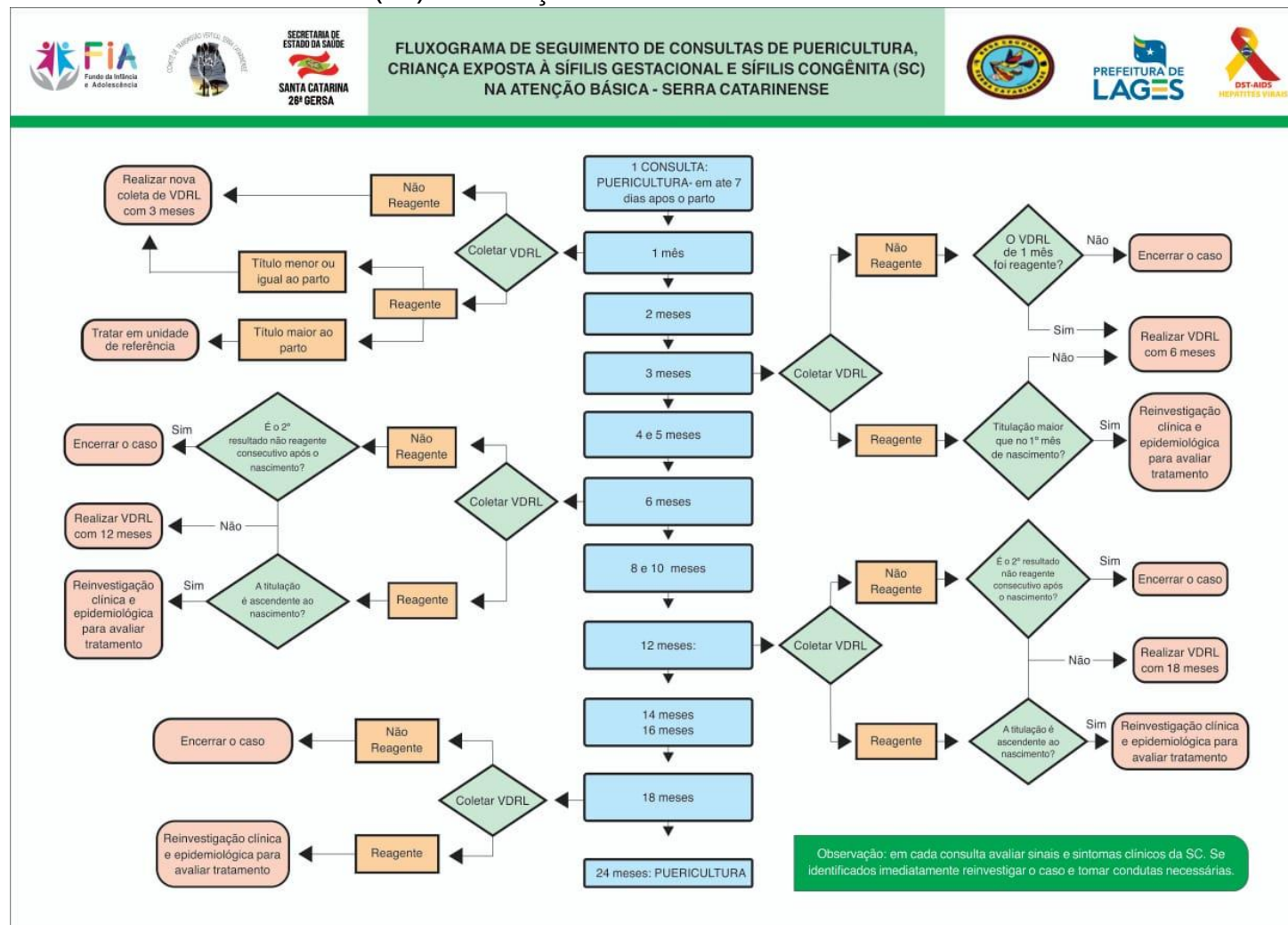
Fluxograma implementado na região para auxiliar no manejo em casos de gestantes com sífilis:

Figura 5 – Fluxograma de Tratamento/Seguimentos das Gestantes com Sífilis e Suas Parcerias na Atenção Básica – Serra Catarinense



Adicionalmente, segue fluxograma de seguimento das crianças expostas à sífilis gestacional e sífilis congênita:

Figura 6 – Fluxograma de Seguintos de Consultas de Puericultura, Criança Exposta à Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita (SC) na Atenção Básica – Serra Catarinense



17.2 TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo *Toxoplasma gondii* e, durante a gestação, pode resultar em transmissão vertical, levando à toxoplasmose congênita, com risco de aborto, óbito fetal, prematuridade e sequelas neurológicas e oculares.

O manejo adequado depende do diagnóstico precoce no pré-natal, acompanhamento clínico e laboratorial sistemático e início oportuno do tratamento.

17.2.1 Triagem no pré-natal (APS)

Toda gestante deve realizar sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) na primeira consulta do pré-natal.

Interpretação inicial:

RESULTADO	CONDUTA
IgG (-) / IgM (-)	Gestante suscetível → orientar prevenção e repetir sorologia a cada trimestre
IgG (+) / IgM (-)	Infecção antiga → sem risco fetal, não necessita tratamento
IgG (+) / IgM (+)	Suspeita de infecção recente → solicitar avidéz do IgG e iniciar manejo
IgG (-) / IgM (+)	Possível infecção aguda ou falso-positivo → repetir sorologia e avaliar avidéz

Gestantes suscetíveis devem repetir sorologia preferencialmente a cada trimestre ou mensalmente conforme risco.

17.2.2 Diagnóstico de infecção gestacional

Considera-se toxoplasmose gestacional quando houver evidência de infecção recente durante a gestação, caracterizada por:

- soroconversão (IgG negativo → positivo), ou
- IgM reagente com baixa avidéz do IgG.

Casos suspeitos devem ser encaminhados para pré-natal de alto risco e investigação complementar.

17.2.3 Tratamento da gestante

Até 16 semanas (ou até exclusão de infecção fetal):

- Espiramicina

Após confirmação de infecção fetal ou após 16 semanas:

- Esquema tríplice:

1. Sulfadiazina
2. Pirimetamina
3. Ácido folínico

O tratamento deve ser mantido até o parto, com acompanhamento especializado.

17.2.4 Investigação fetal

Quando houver suspeita de infecção materna recente:

- Ultrassonografia obstétrica seriada
- Considerar PCR para *T. gondii* em líquido amniótico (a partir de 18 semanas)

Achados sugestivos:

- Ventriculomegalia
- Calcificações intracranianas
- Hepatoesplenomegalia
- Restrição de crescimento intrauterino

17.2.5 Conduitas ao nascimento

Todo recém-nascido exposto deve ser investigado, independentemente de sintomas.

Avaliação mínima:

- Sorologia (IgM e IgA do RN)
- Hemograma
- Função hepática
- Ultrassom transfontanelar
- Avaliação oftalmológica
- Avaliação auditiva

Tratamento do recém-nascido:

RN com toxoplasmose congênita confirmada ou provável deve receber:

- Pirimetamina
- Sulfadiazina
- Ácido folínico

Duração: 12 meses, com seguimento ambulatorial multiprofissional (pediatria, neurologia e oftalmologia).

17.2.6 Notificação e vigilância

São de notificação compulsória imediata:

- Toxoplasmose gestacional
- Toxoplasmose congênita

A Vigilância Epidemiológica deve:

- Abrir investigação
- Acompanhar tratamento
- Monitorar o recém-nascido exposto

- Garantir seguimento até definição diagnóstica

Medidas de prevenção (orientação à gestante)

- Consumir carnes bem cozidas
- Lavar frutas e verduras
- Evitar leite não pasteurizado
- Higienizar mãos e utensílios após manipular carne crua
- Evitar contato com fezes de gatos e caixa de areia
- Utilizar luvas em jardinagem/solo

17.3 HEPATITES VIRAIS

A transmissão vertical das hepatites B e C é uma realidade no Brasil e representa um grande desafio para as autoridades de saúde, seja pela sua cronicidade, seja pelas limitações ainda encontradas no acesso ao diagnóstico e tratamentos adequados. (MS, 2023)

Para eliminação da transmissão vertical das hepatites virais, é necessário um conjunto de ações que incluam a identificação precoce dos casos, o acesso a serviços de saúde e de pré-natal de qualidade e a oferta de testagem para as gestantes e recém-nascidos, além de ampliar a cobertura vacinal no caso da hepatite B. (MS, 2023)

A maioria das mulheres jovens com infecção crônica pelo HBV apresenta-se na fase de imunotolerância da infecção (HBsAg positivo, HBeAg positivo), que se caracteriza pela intensa replicação viral, porém, sem doença hepática ativa (ALT/AST em níveis dentro da normalidade e histologia hepática com mínimas alterações). A hepatite B crônica tem pouca influência no curso da gestação, assim como a gestação em geral não altera a história natural da doença; porém, após o

parto, poderá ocorrer reativação viral com exacerbação da doença hepática na parturiente.

O teste rápido é uma importante ferramenta de acesso rápido ao resultado do HBsAg, para identificar as mulheres portadoras crônicas do HBV, especialmente as que possuem CV-HBV elevada, para que seja iniciado o tratamento ou a quimioprofilaxia em tempo oportuno, além da oferta de profilaxias ao RN exposto no pós-parto imediato, de modo a impedir a transmissão vertical (TV) do HBV. (MS, 2023).

17.3.1 Hepatite B

Todas as gestantes diagnosticadas com hepatite aguda na gestação atual devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e serviço de referência. No entanto, a solicitação de exames complementares e indicação de terapia profilática não devem aguardar a consulta com o especialista.

A identificação das gestantes com Hepatite B crônica é fundamental para a instituição das medidas de prevenção da transmissão vertical. Mesmo nos casos onde não haja indicação de tratamento para Hepatite B, pode-se evitar que pessoas com infecção pelo HBV transmitam o vírus para seus filhos durante o parto ou gestação.

Para mais informações sobre o manejo e tratamento consultar os seguintes documentos:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt;>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt;>

- Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_hepatites_virais.pdf

DIAGNÓSTICO	- Gestantes com HBsAg reagente no exame de triagem (preferencialmente TR) deverão complementar a avaliação com solicitação de HBeAg, ALT e CV-HBV, para determinar a indicação de tratamento, conforme os critérios de inclusão abaixo: - Gestante com idade maior de 30 anos E com HBeAg reagente; - Gestante com CV-HBV >2.000 UI/mL e ALT > 1x limite superior da normalidade mantida por 3 a 6 meses.																																																
INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	Tabela 5. Interpretação dos resultados sorológicos (Ag-Ab) para hepatite B <table><tr><th>Testes sorológicos</th><th>Resultado</th><th>Interpretação</th></tr><tr><td>HBsAg</td><td>Não reagente</td><td rowspan="4">Ausência de contato prévio com o HBV Susceptível à infecção pelo HBV</td></tr><tr><td>Anti-HBc IgM</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBc total</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBs</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>HBsAg</td><td>Não reagente</td><td rowspan="4">Imune após infecção pelo HBV</td></tr><tr><td>Anti-HBc IgM</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBc total</td><td>Reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBs</td><td>Reagente</td></tr><tr><td>HBsAg</td><td>Não reagente</td><td rowspan="4">Imune após vacinação contra o HBV</td></tr><tr><td>Anti-HBc IgM</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBc total</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBs</td><td>Reagente</td></tr><tr><td>HBsAg¹</td><td>Reagente</td><td rowspan="4">Infecção recente pelo HBV (menos de seis meses)</td></tr><tr><td>Anti-HBc IgM</td><td>Reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBc total</td><td>Reagente/Não reagent</td></tr><tr><td>Anti-HBs</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>HBsAg¹</td><td>Reagente</td><td rowspan="4">Infecção pelo HBV</td></tr><tr><td>Anti-HBc IgM</td><td>Não reagente</td></tr><tr><td>Anti-HBc total</td><td>Reagente/Não reagent</td></tr><tr><td>Anti-HBs</td><td>Não reagente</td></tr></table> Fonte: DA CONCEIÇÃO; SICILIANO; FOCACCIA, 2013. ¹A hepatite B crônica é definida pela presença continuada do HBsAg no sangue por um período superior a seis meses.	Testes sorológicos	Resultado	Interpretação	HBsAg	Não reagente	Ausência de contato prévio com o HBV Susceptível à infecção pelo HBV	Anti-HBc IgM	Não reagente	Anti-HBc total	Não reagente	Anti-HBs	Não reagente	HBsAg	Não reagente	Imune após infecção pelo HBV	Anti-HBc IgM	Não reagente	Anti-HBc total	Reagente	Anti-HBs	Reagente	HBsAg	Não reagente	Imune após vacinação contra o HBV	Anti-HBc IgM	Não reagente	Anti-HBc total	Não reagente	Anti-HBs	Reagente	HBsAg ¹	Reagente	Infecção recente pelo HBV (menos de seis meses)	Anti-HBc IgM	Reagente	Anti-HBc total	Reagente/Não reagent	Anti-HBs	Não reagente	HBsAg ¹	Reagente	Infecção pelo HBV	Anti-HBc IgM	Não reagente	Anti-HBc total	Reagente/Não reagent	Anti-HBs	Não reagente
Testes sorológicos	Resultado	Interpretação																																															
HBsAg	Não reagente	Ausência de contato prévio com o HBV Susceptível à infecção pelo HBV																																															
Anti-HBc IgM	Não reagente																																																
Anti-HBc total	Não reagente																																																
Anti-HBs	Não reagente																																																
HBsAg	Não reagente	Imune após infecção pelo HBV																																															
Anti-HBc IgM	Não reagente																																																
Anti-HBc total	Reagente																																																
Anti-HBs	Reagente																																																
HBsAg	Não reagente	Imune após vacinação contra o HBV																																															
Anti-HBc IgM	Não reagente																																																
Anti-HBc total	Não reagente																																																
Anti-HBs	Reagente																																																
HBsAg ¹	Reagente	Infecção recente pelo HBV (menos de seis meses)																																															
Anti-HBc IgM	Reagente																																																
Anti-HBc total	Reagente/Não reagent																																																
Anti-HBs	Não reagente																																																
HBsAg ¹	Reagente	Infecção pelo HBV																																															
Anti-HBc IgM	Não reagente																																																
Anti-HBc total	Reagente/Não reagent																																																
Anti-HBs	Não reagente																																																
TRATAMENTO	Tenofovir (TDF) profilático iniciado idealmente entre a semana 24 - 28 de gestação caso a gestante seja HBsAg reagente e possua critérios para profilaxia com antiviral. Caso não tenha sido possível iniciar a profilaxia oportunamente, pode-se iniciar o uso de TDF até o final da gestação. Contudo, nessas situações, os desfechos positivos podem sofrer prejuízos.																																																
ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL	- Vacinação para Hepatite B de todos os recém-nascidos, independentemente do status HBsAg materno, com a primeira dose aplicada, preferencialmente, nas primeiras 24 horas de vida (As demais doses serão feitas aos 2, 4 e 6 meses). - IGHAHB nas primeiras 12 a 24 horas após o nascimento nos recém-nascidos de mãe HBsAg reagente.																																																

PARTO	Não há evidências concretas dos benefícios da realização de cesariana como medida preventiva da transmissão vertical de hepatite B.
AMAMENTAÇÃO	A amamentação não está contraindicada, ainda que não tenham sido realizadas ações para prevenção de TV-HBV.

17.3.2 Hepatite C

As gestantes diagnosticadas com hepatite aguda na gestação atual devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e serviço de referência. A gestante com HCV deve coletar, no início do pré-natal ou quando diagnosticada, CV-HCV e testes de função hepática, para avaliar risco de transmissão vertical e estadiamento de doença hepática.

Para mais informações sobre o manejo e tratamento consultar os seguintes documentos:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite C e Coinfecções, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/>;
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/>.

DIAGNÓSTICO	Gestantes com anti-HCV reagente no exame de triagem (preferencialmente TR) deverão complementar a avaliação com solicitação de CV-HCV e testes de função hepática.
TRATAMENTO	▪ Os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C aguda e crônica são teratogênicos ou não possuem dados que comprovem segurança na gestação; por isso, são contraindicados durante esse período. ▪ Com os esquemas terapêuticos atuais, espera-se que as mulheres portadoras do HCV sejam tratadas antes de uma gestação planejada. ▪ Se for confirmada a gestação durante o tratamento da hepatite C, este deverá ser suspenso. Após o tratamento, deve-se evitar gestação pelos próximos seis meses.

PARTO	Não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a TV do HCV. Orienta-se evitar procedimentos invasivos, parto laborioso e tempo de ruptura de membranas maior que seis horas para minimizar a possibilidade de TV
AMAMENTAÇÃO	O aleitamento materno não é contraindicado em mulheres portadoras do HCV e não há evidências de que o aleitamento favoreça TV do HCV, contudo, a presença de fissuras ou feridas sangrantes na mama constitui-se um meio de exposição ao lactente. Portanto, está recomendado que haja interrupção temporária de amamentação na mama lesionada, até cicatrização completa, manter ordenha e descarte do leite

17.4 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV

AValiação PRÉ-CONCEPCIONAL	Garantir que a pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) com desejo de engravidar esteja em tratamento regular, com boa adesão à terapia antirretroviral (TARV), assintomática e sem infecções oportunistas. A recomendação da TARV para mulheres vivendo com HIV ou aids com desejo ou possibilidade de engravidar não se diferencia da recomendação geral. A associação de tenofovir/lamivudina + dolutegravir é a preferencial. Assegurar que a PVHA com desejo de engravidar tenha pelo menos duas cargas virais (CV) indetectáveis consecutivas, sendo a última com até seis meses de realização. Orientar sobre os riscos de transmissão vertical (TV) e as estratégias de redução do risco. O risco de TV é determinado pela CV materna, pelo uso de TARV durante a gestação e pela relação entre o tempo de uso de TARV efetiva e o parto. Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de TV é reduzido a menos de 2%. Sem o adequado planejamento e seguimento, esse risco é de 15% a 45%. <i>Para mais informações, clique aqui e consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i>
PrEP (PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO À INFECÇÃO PELO HIV)	Há segurança para manter a PrEP durante a gestação. Mulheres negativas para o HIV, com desejo de engravidar de parceira vivendo com HIV ou com frequentes situações de potencial ex-

	posição ao HIV, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gravidez e da amamentação, para proteger a si mesmas e ao bebê. <i>Para mais informações, clique aqui e consulte o PCDT para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV</i>
DIAGNÓSTICO	Os testes rápidos são os métodos preferenciais para diagnóstico. TR Não Reagente: Resultado negativo para HIV. TR Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (de marca diferente). Se TR1 e TR2 forem reagentes, a amostra é considerada reagente para HIV. TR Discordante: Se TR1 for reagente e TR2 não reagente, repetir ambos os testes rápidos. Se a discordância persistir, solicitar exames laboratoriais. <i>Para mais informações, clique aqui e consulte o Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV</i>
CONDUTA	Se TR1 e TR2 reagentes, coletar CV, genotipagem (pré-tratamento) e iniciar a TARV o mais precocemente possível, sem aguardar resultado de CV e genotipagem. A coleta de CV e genotipagem pré-tratamento deve ser realizada em qualquer fluxo de diagnóstico (TRs ou laboratorial), imediatamente, e antes do início da TARV. Em caso de diagnóstico de HIV na gestação, encaminhar ao AAE e ao Serviço de Atenção Especializada (SAE) para cuidado compartilhado com a UBS de referência. Investigar tuberculose em todas as consultas. Realizar pelo menos três exames de CV durante a gestação (primeira consulta de pré-natal, quatro semanas após a introdução ou mudança da TARV e na 34ª semana). Realizar contagem de LT-CD4+ na primeira consulta de pré-natal e pelo menos a cada 3 meses para gestantes em início de tratamento. Para gestantes em seguimento clínico em uso de TARV, com CV indetectável, solicitar na primeira consulta e na 34ª semana de gestação.
TRATAMENTO	Esquema preferencial: TENOFOVIR 300 MG/ LAMIVUDINA 300 MG + DOLUTEGRAVIR 50 MG (1 comprimido de cada 1x ao dia, totalizando 2 comprimidos/dia). Para as mulheres com diagnóstico e início de tratamento anteriores à gestação, manter a TARV prescrita até avaliação da atenção especializada. <i>Para mais informações, clique aqui e consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i>

PARTO	Gestante com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL na 34ª semana: Parto cesáreo, eletivo, empelcado, a partir da 38ª semana. Utilizar zidovudina (AZT) injetável endovenoso (EV) no parto. Gestante com CV DETECTÁVEL, porém menor que 1.000 cópias/mL na 34ª semana: Parto segundo indicação obstétrica; pode ser vaginal. Utilizar AZT injetável EV no parto. Gestante com CV indetectável na 34ª semana: Parto segundo indicação obstétrica, preferencialmente vaginal. Manter TARV habitual via oral. Para mais informações, consultar o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais <i>Para mais informações, clique aqui e consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i>
PUERPÉRIO	A amamentação é contraindicada por PVHA, mesmo por aquelas com CV indetectável em uso regular de TARV. Orientar a não amamentação e inibir a lactação com medicamento (cabergolina). A mãe deve ser instruída a substituir o leite materno por fórmula láctea infantil até, pelo menos, os 6 meses de idade da criança. A fórmula infantil é assegurada pelo Município/Estado até um ano de idade. A TARV deve ser mantida após o parto. O serviço especializado que irá realizar o cuidado da criança exposta ao HIV também deverá fazer o seguimento da puérpera vivendo com HIV de forma compartilhada com a UBS de referência. Sugere-se que toda mulher que esteja amamentando seja testada a cada 3 meses.

17.5 VÍRUS T-LINFOTRÓPICO HUMANO - HTLV

DEFINIÇÃO	Retrovírus que infecta principalmente as células CD4+ e possui capacidade de imortalizá-las, fazendo com que percam sua função de defender o organismo. Existem quatro tipos, sendo mais comuns o HTLV-1 e o HTLV-2
TRANSMISSÃO	Diferente de outras infecções virais, o tempo de exposição prolongado e a quantidade de células infectadas a qual o indivíduo teve contato, é crucial para que aconteça a infecção.

	Formas de transmissão: ▪ Transmissão vertical. O aleitamento materno é a principal forma de transmissão vertical da infecção, ocorrendo em 20 a 30% dos lactentes amamentados por mães infectadas (diretamente relacionada ao tempo de amamentação e elevada carga proviral). A transmissão intrauterina ocorre em menos de 5% dos casos. ▪ Relação sexual desprotegida. ▪ Exposição direta a sangue ou tecidos infectados.	
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	O HTLV pode causar doenças graves, como a leucemia/linfoma de células T adultas (ATLL), a mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP) e a dermatite infecciosa associada ao HTLV-1, entre outras. A infecção na infância está associada ao risco aumentado de desenvolvimento de doenças associadas ao HTLV-1 De maneira geral, estudos reportam que as doenças graves relacionadas ao HTLV atingem aproximadamente 5% a 10% das pessoas infectadas (HAM/TSP e ATLL). No entanto, há diversos agravos associados à infecção pelo HTLV, com intensidade e gravidade variada, como sintomas intermediários da HAM/TSP, bexiga neurogênica, uveíte e coinfeções, como tuberculose pulmonar e strongiloidíase grave, que podem não ser associados de imediato com o HTLV. Pessoas que vivem com o HTLV podem apresentar distúrbios psiquiátricos/psicológicos, tais como sinais de estresse psíquico, ansiedade, distúrbios do sono e psicossomáticos, desejo de morte, falta de confiança no próprio desempenho e nível elevado de depressão.	
DIAGNÓSTICO	TRIAGEM SOROLÓGICA (ELISA ou CLIA) Não reagente: descarta a infecção por HTLV-1/2 Reagente/Indeterminado: Solicitar confirmatório sorológico (Western blotting - WB ou Imunoensaio de linha -LIA)	CONFIRMATÓRIO SOROLÓGICO Se WB ou LIA positivo: confirma a infecção por HTLV-1 ou HTLV-2 Se WB ou LIA negativo: descarta a infecção por HTLV-1/2 Se WB ou LIA inconclusivo/indeterminado: solicitar uma nova amostra após 3 meses. Recomendado confirmatório molecular para esclarecer o diagnóstico.
CONDUTA	Em caso de diagnóstico de HTLV na gestação, encaminhar ao Serviço de Atenção Especializada (SAE) para cuidado compartilhado com a UBS de referência. A infecção por HTLV ainda é bastante desconhecida. Deve-se garantir amplo acesso a informações cientificamente embasadas e dar o devido acolhimento à pessoa vivendo com HTLV.	

	ATENTAR PARA AS REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADAS À INFECÇÃO.
TRATAMENTO	A infecção pelo HTLV não tem cura. É direcionado de acordo com a doença relacionada ao HTLV. O principal objetivo é melhorar a qualidade de vida e impedir que a doença progrida.
PARTO	Ainda não está claro se a infecção residual ocorre intraútero ou durante o parto. Até o momento, não existem informações conclusivas que demonstrem a necessidade de parto cesárea em mulheres vivendo com HTLV. No entanto, todo cuidado deve ser tomado para evitar o contato de sangue materno com o sangue fetal durante o nascimento.
PUERPÉRIO	A AMAMENTAÇÃO É CONTRAINDICADA. Orientar a não amamentação e inibir a lactação com medicamento (cabergolina). A mãe deve ser instruída a substituir o leite materno por fórmula láctea infantil até, pelo menos, os 6 meses de idade da criança. A fórmula infantil é assegurada pelo Município/Estado até um ano de idade.
OBSERVAÇÕES: <i>Para mais informações, clique aqui e consulte o Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV</i>	

17.6 HERPES SIMPLES GENITAL

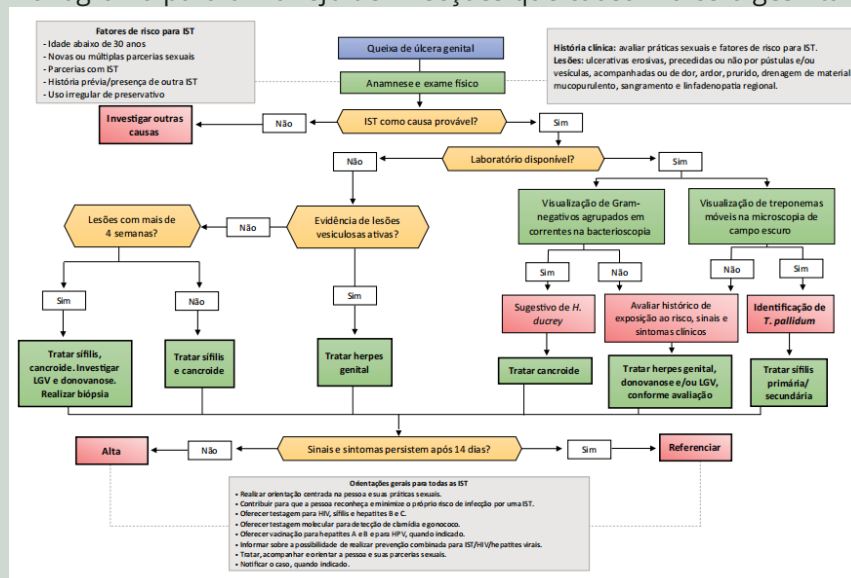
Herpes genital é o principal diagnóstico entre as úlceras genitais. As gestantes portadoras da infecção pelos vírus do herpes simples (HSV) tipos 1 e 2, normalmente causadores de úlceras genitais, de herpes simples apresentam risco acrescido de complicações fetais e neonatais, sobretudo quando a infecção ocorre no final da gestação. O maior risco de transmissão do vírus acontece no momento da passagem do feto pelo canal de parto.

DIAGNÓSTICO

É determinado pela associação de sinais e sintomas clínicos, histórico de exposição ao risco e resultados de testes diagnósticos. Atentar para os diagnósticos diferenciais com outras ISTs ulcerosas (sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo e/ou donovanose)

MANEJO

Fluxograma para o manejo de infecções que causam úlcera genital



FONTE: DCC/SVS/MS

TRATAMENTO

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodromico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano). Indicada avaliação periódica de função renal e hepática.
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir 5-10mg/kg de peso, IV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento intravenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se a primo-infecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400mg, 3x/dia.	

PARTO

Recomenda-se a realização de cesariana sempre que houver lesões herpéticas ativas nesse canal.

AMAMENTAÇÃO

O aciclovir pode ser usado com segurança para tratar mulheres em todos os estágios da gravidez e pelas que estão amamentando.

OBSERVAÇÕES: Em relação à reativação do vírus varicela zoster (VVZ), causador de quadros de herpes zoster, recomenda-se a suspensão da amamentação caso haja lesões que acometam a mama e possam ter contato direto com o lactente. Visto que a eliminação do VVZ pelo leite materno é muito baixa, não há indicação de suspender a amamentação.

17.7 INFLUENZA

DESCRIÇÃO	Infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global causada por vírus da família Orthomyxoviridae, sendo três tipos: A, B e C. Um indivíduo pode contraí-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave.
MODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão direta (pessoa a pessoa) é a mais comum e ocorre quando um indivíduo infectado pelo vírus influenza expele gotículas ao falar, espirrar e tossir. Essas gotículas podem pousar na boca ou nariz de pessoas próximas ou possivelmente ser inaladas nos pulmões. Eventualmente, pode ocorrer a transmissão pelo ar, quando partículas residuais, que podem ser levadas a distâncias maiores que 1 metro, são inaladas. Também há evidências de transmissão pelo modo indireto, por meio do contato com as secreções de outros doentes
PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Pode variar de um a quatro dias
SINAIS E SINTOMAS	▪ Sintomas gripais ▪ Febre ▪ Coriza ▪ Tosse Seca ▪ Dor de Garganta ▪ Dores Musculares e articulares ▪ Dor de Cabeça ▪ Fadiga (cansaço) e prostração Em alguns casos, principalmente em indivíduos com fatores e/ou condições de risco, a gripe pode evoluir para síndrome respiratória aguda grave (Srag)

SINAIS DE AGRAVAMENTO – PIORA DO ESTADO CLÍNICO	Gestantes: ▪ Desidratação ▪ Pneumonia ▪ Doença cardiopulmonar ▪ Trabalho de parto prematuro ▪ Aborto ou natimorto Todas as faixas etárias: ▪ Aparecimento de dispneia ou taquipneia (frequência respiratória igual ou acima de 20 incursões por minuto) ou hipoxemia – (SpO₂ < ou = 94%). ▪ Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana). ▪ Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia). ▪ Hipotensão arterial (sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60 mmHg). ▪ Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas. ▪ Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças. ▪ Desidratação. Conclusão 12 Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde ▪ Exacerbação de doença preexistente (doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica). ▪ Miosite comprovada por aumento da creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes). ▪ Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL.
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	A amostra clínica preferencial é a secreção da nasofaringe (SNF), por biologia molecular, pela técnica de reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR) em tempo real. Para casos de Srag orienta-se que sejam coletadas amostras de todos os casos hospitalizados e óbitos por Srag, que atendam a definição de caso de Srag.
TRATAMENTO CLÍNICO	Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial. Uso adulto: Oseltamivir - 75mg/cp - 1 cp de 12/12 horas (total de 150 mg/d) por 5 dias.
PREVENÇÃO E CONTROLE	Vacina influenza trivalente – fragmentada, inativada Indicação: ▪ Gestantes. ▪ Puérperas até 45 dias após o parto.

17.8 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

DEFINIÇÃO DE CASO	SG* – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos sete dias. Srag – indivíduo com *SG que apresenta: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.
CONDUTA	Encaminhar para referência
Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de Srag hospitalizados ou os óbitos por Srag independentemente de hospitalização.	

FONTE MS, 2024 [Clique aqui para ter acesso ao Guia de Vigilância em Saúde](#)

17.9 COVID-19

DEFINIÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE COVID-19	
SÍNDROME GRIPAL (SG)	Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos, 2 (dois) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	Indivíduo com Síndrome Gripal (SG) que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão OU dor persistente no tórax OU saturação de O ₂ $\leq$ 94% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	LEVE: Caracterizado a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia. MODERADA: Os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade. GRAVE: Considera-se a síndrome respiratória aguda grave (síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão

	persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 94% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto). CRÍTICA: As principais manifestações são sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.
INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DO CORONAVÍRUS	TESTES MOLECULARES - resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado por meio do RT-qPCR. TESTES RÁPIDOS DE ANTÍGENO (TR-AG) - resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

17.10 ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA)

DEFINIÇÃO	As arboviroses de maior interesse obstétrico são causadas pelos vírus da dengue (DENV), zica (ZIKV), febre amarela (YFV) e chikungunya (CHIKV). Os principais vetores no ciclo urbano no Brasil são os mosquitos Aedes aegypti e Aedes albopictus, mas há também a possibilidade, embora rara, de transmissão nosocomial, por transfusão sanguínea e via sexual.		
DIAGNÓSTICO	Para o diagnóstico epidemiológico de gestantes sintomáticas em áreas endêmicas, o profissional de saúde deve conhecer os períodos de incubação dos arbovírus: ▪ Febre amarela (3-6 dias, até 10 dias); ▪ Dengue (2-7 dias, até 14 dias); ▪ Zica (4-5 dias, 3-12 dias); ▪ Febre chikungunya (3-7 dias).		
SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS NA INFECÇÃO PELOS DENV, ZIKV E CHIKV			
Sinais/sintomas	DENGUE	ZIKV	CHIK
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril ≤38°C (1 a 2 dias subfebril)	Febre alta >38°C (2 a 3 dias)
Manchas na pele (frequência)	Surge a partir do 4º dia em 30% a 50% dos casos	Surge no primeiro ou no segundo dia em 90% a 100% dos casos	Surge em 2 a 5 dias em 50% dos casos

Dor nos músculos (frequência)	+++ / +++	++ / +++	+ / +++
Dor articular (frequência)	+ / +++	++ / +++	+++ / +++
Dor articular (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e de leve intensidade	Frequente e de moderado a
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia (frequência e intensidade)	+++	++	++
Prurido	Leve	Moderado/intenso	Leve
Hipertrofia Ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada

FONTE MS, 2024 [Clique aqui para ter acesso ao Guia de Vigilância em Saúde](#)

17.11 TUBERCULOSE NA GESTAÇÃO

A tuberculose pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A apresentação da TB na forma pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, pois é essa forma, especialmente a bacilífera, a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença.

A busca ativa de sintomático respiratório é uma importante estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares.

A vulnerabilidade apresentada pela mulher na fase gestacional, agravada pela doença, torna a tuberculose na gestação um desafio para os serviços de sa-

úde. O tratamento da TB, além de importante para a condição da gestante, diminui o risco de transmissão ao feto, ao recém-nascido e aos que coabitam na mesma residência.

As gestantes diagnosticadas com tuberculose devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e ao serviço de referência.

Para mais informações consultar os seguintes documentos:

- Manual de recomendações e controle de tuberculose no Brasil, 2ªed, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>;
- Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/protocolo-de-vigilancia-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis-no-brasil.pdf/view>.

BUSCA DA SINTOMÁTICA RESPIRATÓRIA	Deve ser realizado através da busca do sintomático respiratório, ou seja, a identificação da usuária com tosse persistente. Na população em geral considerar tosse por 3 semanas; na população que procurar os serviços de saúde e diabetes mellitus considerar tosse por 2 semanas; contato de TB pulmonar, PVHA/PPL, pessoas em situação de rua, albergues, instituições de longa permanência, profissionais de saúde, entre outros considerar tosse de qualquer duração.
DIAGNÓSTICO	Critério bacteriológico, com pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia/cultura ou TRM-TB Critério clínico-radiológico: sinais e sintomas sugestivos de TB que não atendeu ao critério bacteriológico, mas apresentou resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos de TB.
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	Os sintomas clássicos: tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

TRATAMENTO

QUADRO 20 – Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

¹A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

O esquema básico pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e, dado risco de toxicidade neurológica ao feto atribuído à isoniazida, recomenda-se o uso de piridoxina (50mg/dia).

SEGUIMENTO CLÍNICO

QUADRO 30 – Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos.

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBSERVAÇÕES
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloskopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

AMAMENTAÇÃO

Os medicamentos anti TB passam em pequenas quantidades pelo leite materno, por isso a importância do seu uso seguro durante a amamentação.

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa.

	É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança, enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva
ILTB	Recomenda-se postergar o tratamento para após o parto. Em gestante com infecção pelo HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação.

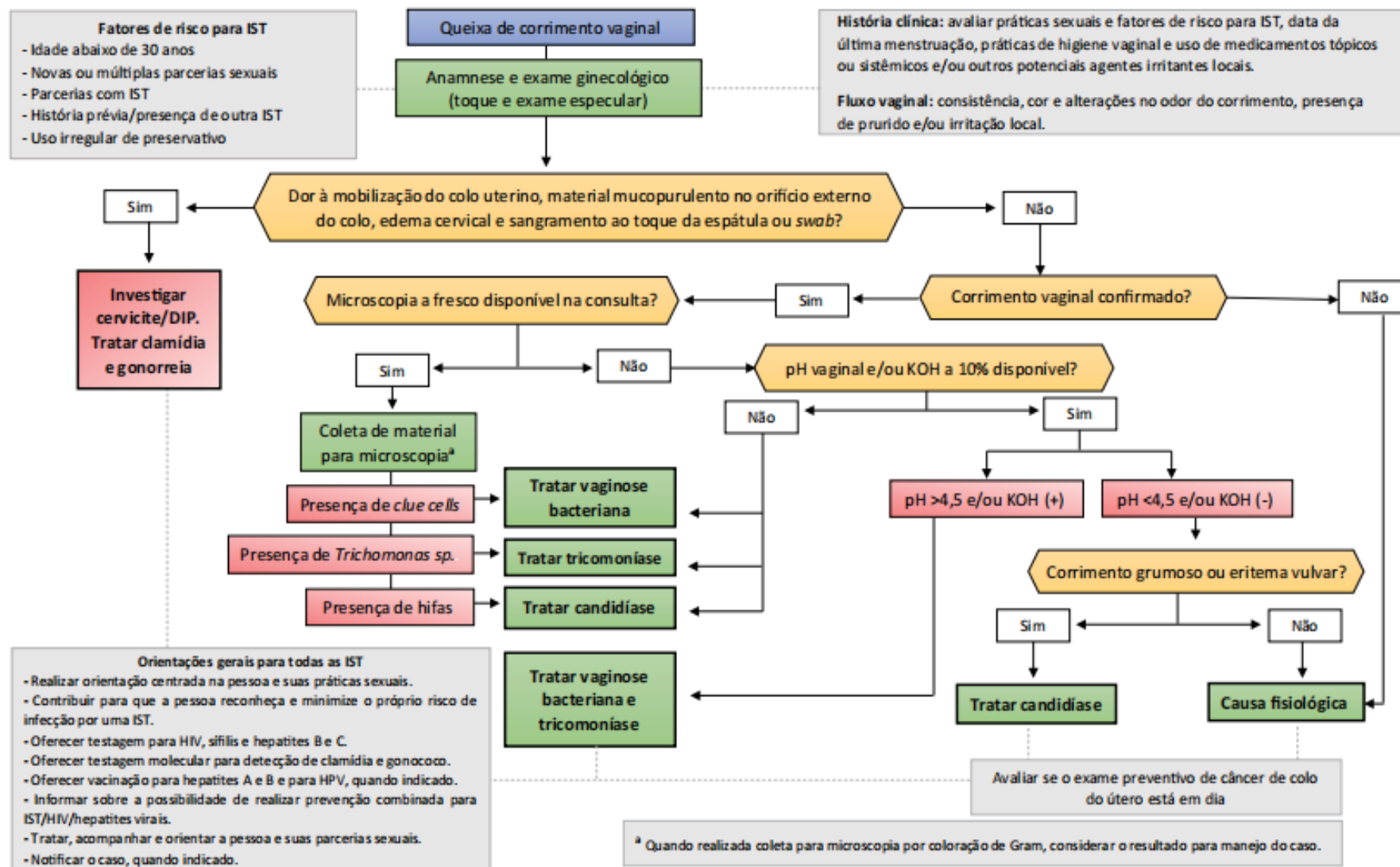
17.12 VULVOVAGINITES E CERVICITES

A vulvovaginite e a vaginose representam as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico, sendo responsáveis por inúmeras consultas. São afecções do epitélio estratificado da vulva e/ou vagina, cujos agentes etiológicos mais frequentes são fungos, principalmente *Candida albicans*; bactérias anaeróbicas, em especial *Gardnerella vaginalis*; e o protozoário *Trichomonas vaginalis*.

O corrimento vaginal é uma queixa comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. Em serviços que atendem com frequência casos de IST, é o principal sintoma referido pelas mulheres atendidas; entre gestantes, é o primeiro ou segundo motivo da consulta, após verruga anogenital.

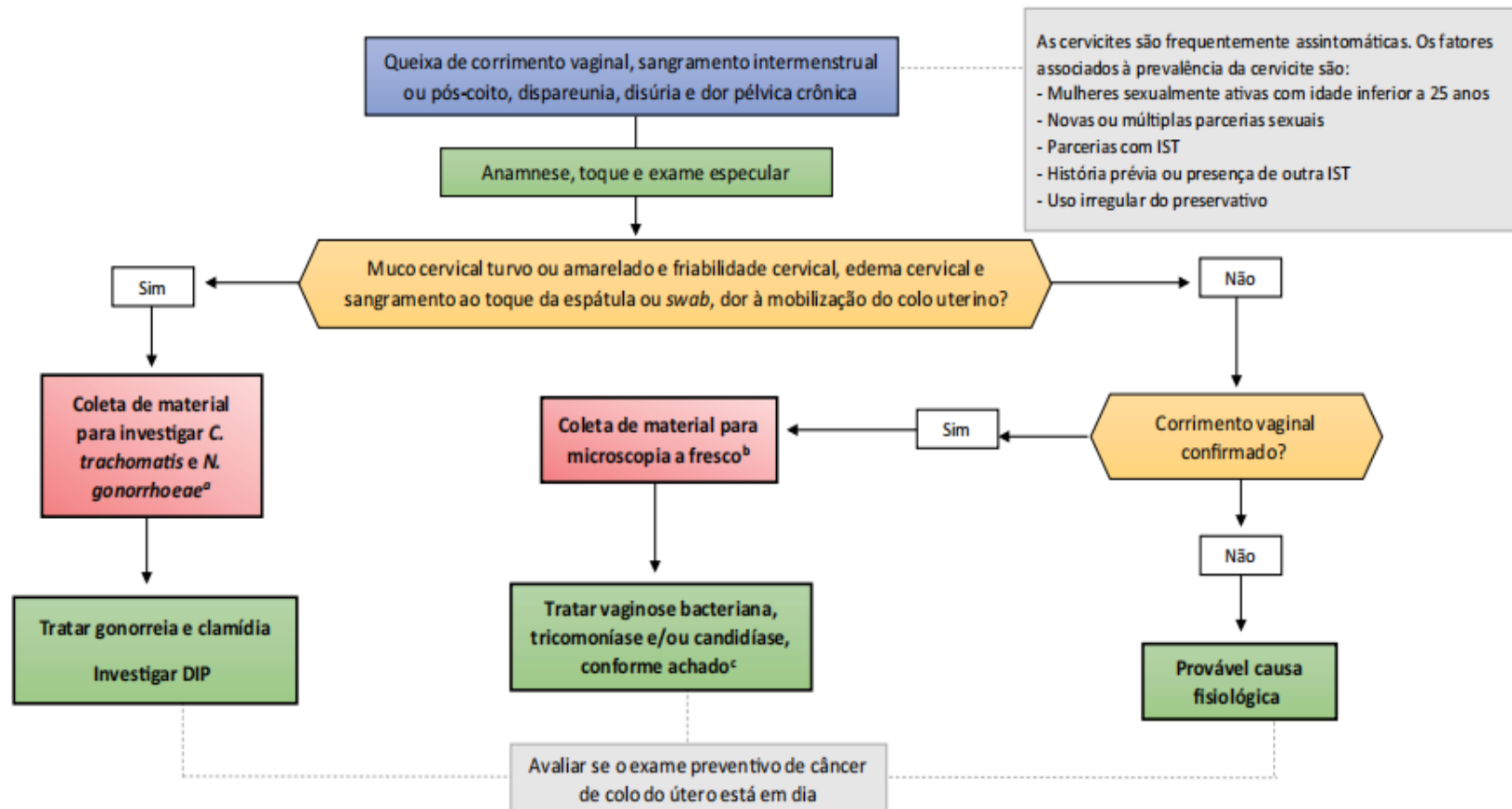
Os fluxogramas representados abaixo sumarizam o manejo do corrimento vaginal e cervicite:

Figura 7 – Fluxograma Para o Manejo de Corrimento Vaginal



FONTE: DCCI/SVS/MS.

Figura 8 – Fluxograma para o Manejo de Cervicite



^a Podem ser utilizados kits de biologia molecular que detectam mais patógenos simultaneamente, incluindo *Mycoplasma genitalium*.

^b Lembrar que, mesmo nos casos que apresentam colo e muco cervical normal, *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium* podem estar presentes e provas de biologia molecular, se disponíveis, devem ser utilizadas para afastar essa possibilidade (principalmente em mulheres jovens).

^c Quando a microscopia a fresco não estiver disponível, instituir tratamento imediato de vaginose bacteriana, tricomoníase e/ou candidíase, conforme avaliação clínica. Se realizada coleta para microscopia por coloração de Gram, considerar o resultado para manejo do caso.

As mulheres com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser adequadamente orientadas sobre as diferenças entre as infecções do trato reprodutivo. O diagnóstico de uma IST tem implicações que não se verificam nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como a necessidade de orientação e tratamento de parcerias sexuais. É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico.

As infecções do trato reprodutivo são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- IST (tricomoniase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	
AGENTE ETIOLÓGICO	<i>Candida albicans</i> é o agente etiológico da candidíase vulvovaginal em 80% a 92% dos casos, podendo o restante ser devido às espécies não <i>albicans</i> (<i>glabrata</i> , <i>tropicalis</i> , <i>krusei</i> , <i>parapsilosis</i>) e <i>Saccharomyces cerevisiae</i> . Durante a vida reprodutiva, 10% a 20% das mulheres serão colonizadas por <i>Candida spp.</i> , de forma assintomática, sem requerer tratamento.
SINAIS E SINTOMAS	Prurido, ardência, corrimento geralmente grumoso, sem odor, dispareunia de introito vaginal e disúria externa. Os sinais característicos são eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso, com placas de cor branca aderidas à parede vaginal, edema vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes pustulosas pelo ato de coçar.

TRATAMENTO

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador chelo, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia
CVV complicada e CVV recorrente	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. <u>Manutenção:</u> fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
- As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. - É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. - Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

VAGINOSE BACTERIANA

AGENTE ETIOLÓGICO

É a desordem mais frequente do trato genital inferior entre mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não) e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Está associada à perda de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbicos, com predomínio de *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Mobiluncus curtisii*, *Mobinculus mulieris*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactiae* (grupo B).

SINAIS E SINTOMAS

Apresenta odor desagradável, particularmente após o coito e a menstruação (que alcalinizam o conteúdo vaginal), o que constitui a principal queixa da paciente. A afecção é facilmente identificada ao exame especular, que mostra as paredes vaginais em sua maioria íntegras, marrons e homogêneas ao teste de Schiller, banhadas por corrimento perolado bolhoso em decorrência das aminas voláteis.

TRATAMENTO

O tratamento é recomendado para mulheres sintomáticas e para assintomáticas quando grávidas, especialmente aquelas com histórico de parto pré-termo e que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital). O tratamento deve ser simultâneo ao procedimento, não havendo razão para sua suspensão ou adiamento.

VAGINOSE BACTERIANA		TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)		Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção		Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Recorrente		Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
		> O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. > Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

OBSERVAÇÕES: aumenta o risco de aquisição de IST (incluindo o HIV), e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (estando associada a ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea). Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino – DIU, a VB aumenta o risco de doença inflamatória pélvica – DIP.

TRICOMONÍASE

AGENTE ETIOLÓGICO

Vulvovaginite menos frequente nos dias atuais, a tricomoníase é causada por um protozoário flagelado unicelular, o *Trichomonas vaginalis*, e parasita com mais frequência a genitália feminina que a masculina.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à afecção. Em caso de inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispareunia. Também podem ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria.

No exame especular, percebem-se microulcerações que dão ao colo uterino um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”). A transudação inflamatória das paredes vaginais eleva o pH para 6,7 a 7,5 e, nesse meio alcalino, pode surgir variada flora bacteriana patogênica, inclusive anaeróbica; por conseguinte, se estabelece a vaginose bacteriana associada, que libera as aminas de odor fétido, além de provocar bolhas no corrimento vaginal purulento.

TRATAMENTO

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
- As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. - Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

OBSERVAÇÕES: Não há complicações sérias na mulher na grande maioria dos casos, mas a tricomoníase pode propiciar a transmissão de outros agentes infecciosos agressivos, facilitar DIP, vaginose bacteriana e, na gestação, quando não tratada, pode evoluir para rotura prematura das membranas.

CERVICITE	
AGENTE ETIOLÓGICO	Os principais agentes etiológicos são <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .
SINAIS E SINTOMAS	As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade.
DIAGNÓSTICO	Pesquisa através de biologia molecular - swab ou urina. O tipo de amostra deve ser definido conforme histórico clínico-epidemiológico, sintomatologia, prática sexual e disponibilidade de teste. Os sítios anatômicos de possível coleta de material são: uretra (urina), vagina, cérvix (colo do útero), ânus e orofaringe. Podem-se coletar até três amostras de sítios anatômicos diferentes, a depender da prática sexual. Então, de um mesmo paciente, pode ser coletado, por exemplo, urina, swab anal e swab oral. Quanto às pessoas com vagina, na coleta de amostra genital, deve ser coletado urina ou coleta vaginal ou coleta endocervical. No caso de pessoas com vagina e colo de útero, orienta-se, sempre que possível, realizar coleta de amostra de swab vaginal ou endocervical, em vez de amostra de urina.

TRATAMENTO	Quadro 31 – Tratamento de gonorreia e clamídia <table border="1"> <thead> <tr> <th>GONORREIA/CLAMÍDIA</th><th>TRATAMENTO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)</td><td>Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única</td></tr> <tr> <td>Infecção gonocócica disseminada</td><td>Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única</td></tr> <tr> <td>Conjuntivite gonocócica no adulto</td><td>Ceftriaxona 1g, IM, dose única</td></tr> <tr> <td>Infecção por clamídia</td><td>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)</td></tr> </tbody> </table> Fonte: DCCI/SVS/MS.	GONORREIA/CLAMÍDIA	TRATAMENTO	Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única	Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)
GONORREIA/CLAMÍDIA	TRATAMENTO										
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única										
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única										
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única										
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)										
PARTO	Na ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão vertical situa-se entre 30% e 50%, tanto para <i>N. gonorrhoeae</i> como para <i>C. trachomatis</i>, podendo o RN manifestar conjuntivite, septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.										
OBSERVAÇÕES: - As infecções gonocócicas ou por clamídia durante a gravidez poderão estar relacionadas a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN. - Caso o serviço ofereça exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica) ou colposcopia, pode-se eventualmente organizar o atendimento para a realização do preventivo e do CT/NG ao mesmo tempo. Nesse caso, recomenda-se que a coleta de swab vaginal ou endocervical para detecção de CT/NG seja realizada antes da coleta de amostra para o exame preventivo, pois o procedimento de coleta para o preventivo costuma causar pequeno sangramento local, o que pode inviabilizar a coleta para CT/NG.											

Clique aqui para consultar mais informações o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.

17.13 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO - ITU

DEFINIÇÃO- DIAGNÓSTICO		TRATAMENTO
BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA:	Bactérias em multiplicação no trato urinário em pessoa gestante sem sintomas. Seu diagnóstico se dá através do exame de Urocultura positiva (uma ou mais espécies de bactérias na urocultura, em quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitros)	MÉDICO(A) E ENFERMEIRO(A) ▪ Nitrofurantoína 100mg a cada 6 horas por 5 dias, via oral OU ▪ Cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias, via oral. OU ▪ Amoxicilina 500 mg-VO de 8/8 h por 7 dias. REALIZAR EQU + CULTURA + TSA 07 dias após o término do Antibiótico
CISTITE:	Infecção inferior clinicamente, apresentada por tenesmo vesical, disúria, desconforto suprapúbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria macroscópica e urina com odor desagradável. Seu diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e/ou Urocultura positiva.	MÉDICO(A) E ENFERMEIRO(O) ▪ Nitrofurantoína 100mg a cada 6 horas por 5 dias, via oral OU ▪ Cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias, via oral. OU ▪ - Amoxicilina 500 mg-VO de 8/8 h por 7 dias. OU ▪ Somente médico: ▪ Amoxicilina+clavulanato, 500/125mg a cada 08 horas por 7 dias, via oral. REALIZAR EQU + CULTURA + TSA 07 dias após o término do Antibiótico Na cistite complicada, com hematúria macroscópica franca, ou de repetição encaminhar para o serviço de referência.
PIELONEFRITE:	Infecção superior clinicamente apresentada por calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. Seu diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e exames laboratoriais (piúria significativa, hematúria frequente, urocultura positiva, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada).	Feito o diagnóstico, encaminhar para a referência. Tratamento hospitalar.

17.14 PNEUMONIAS BACTERIANAS

ETIOLOGIA	A pneumonia comunitária bacteriana é a mais comum na gravidez, sendo os principais agentes <i>Streptococcus pneumoniae</i> e <i>Haemophilus influenzae</i>, além de microrganismos atípicos como <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydia pneumoniae</i> e <i>Legionella pneumophila</i>. <i>Staphylococcus aureus</i>, incluindo cepas resistentes, pode causar pneumonia, especialmente após infecção viral. Fatores de risco incluem anemia, asma, tabagismo, uso de drogas ilícitas e imunossupressão.
DIAGNÓSTICO	▪ Tosse produtiva ou não; ▪ Falta de ar; ▪ Prostração; ▪ Febre e dor torácica. Atenção aos sinais gerais: como aspecto, temperatura, frequência respiratória e cardíaca, prostração e confusão mental. Os achados focais de ausculta pulmonar corroboram com o diagnóstico clínico
EXAMES	Não devem ser postergados quando indicados, por ocasião da gestação. Contra indicado no primeiro trimestre Nos casos de radiografia de tórax (Rx de tórax), o protetor abdominal de chumbo está indicado.
OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO AMBULATORIAL	GESTANTES SEM COMORBIDADES: SOMENTE MÉDICOS ▪ Macrolídeos = Azitromicina ▪ Betalactâmicos = amoxicilina + Clavulanato ou cefuroxima GESTANTES COM DOENÇAS ASSOCIADAS: ▪ Macrolídeos = azitromicina + ▪ Betalactâmicos amoxicilina + clavulanato ou cefuroxima *Incluem-se gestantes com uso prévio de antibióticos há 3 meses

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

17.15 SEPSE NA GESTAÇÃO

INTRODUÇÃO	A sepse materna é uma condição grave com risco de vida, caracterizada por disfunção orgânica devido a infecção durante a gestação, parto, pós-aborto ou puerpério. As infecções mais comuns ocorrem nos sistemas genital, urinário e pulmonar, e o parto cesáreo é um fator de risco devido a infecções operatórias.	
DIAGNÓSTICO	O diagnóstico de sepse atualmente depende do reconhecimento precoce de disfunção orgânica em pacientes com infecção subjacente.	
SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO	▪ Febre ou calafrios; ▪ Diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico); ▪ Exantema; ▪ Dor abdominal ou pélvica; ▪ Leucorreia; ▪ Tosse produtiva; ▪ Sintomas urinários.	
SINAIS DE ALERTA NO PUERPÉRIO	▪ Febre ou calafrios; ▪ Diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico); ▪ Exantema; ▪ Dor abdominal ou pélvica; ▪ Alteração da loquiação; ▪ Tosse produtiva; ▪ Sintomas urinários; ▪ Aumento do volume mamário ou vermelhidão nas mamas; ▪ Edema e/ou rubor de ferida operatória; ▪ Demora na involução uterina; ▪ Letargia, inapetência;	
O uso do “quick SOFA” (qSOFA; quick Sequential Organ Failure Assessment) é muito útil no reconhecimento precoce, uma vez que não depende de parâmetros laboratoriais, podendo auxiliar no rastreamento de paciente com sepse		
ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL ESCALA DE COMA DE GLASGOW < 15	TAQUIPNÉIA FR ≥ 22	HIPOTENSÃO PAS ≤ 100
DOIS OU MAIS DOS CRITÉRIOS ACIMA SUGERE DISFUNÇÃO ORGÂNICA ENCAMINHAR PACIENTE A REFERÊNCIA		

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

17.16 COLONIZAÇÃO MATERNA POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO B

INTRODUÇÃO	RASTREAMENTO	ORIENTAÇÃO PARA A COLETA
Gestantes/parturientes colonizadas pelo estreptococo do grupo B (EGB) na vagina e/ou no reto podem transmitir este germe aos seus recém-nascidos. A colonização materna pelo EGB pode ser transitória, crônica ou intermitente, e a maioria dos casos de sepse neonatal de início precoce se deve à transmissão vertical dessa bactéria.	Cultura vaginal e endoanal entre 36 e 37 semanas de gestação.	A gestante deve ser orientada a não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta. Se tiver tomado banho ou evacuado pela manhã, é possível coletar o material no final da tarde.
O rastreio de todas as gestantes por meio da cultura vaginal e endoanal visa identificar aquelas colonizadas pelo EGB e instituir a antibioticoprofilaxia intraparto, reduzindo a transmissão da bactéria e a incidência da doença estreptocócica neonatal, com consequente redução na letalidade dessa doença. *A instituição de referência do parto deve verificar as recomendações contidas no Manual de Gestação de Alto Risco do ministério da Saúde, 2022		

Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 18

OUTRAS CONDIÇÕES QUE PODEM IMPACTAR NO RISCO GESTACIONAL

18.1 ANEMIAS

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

Pode-se considerar anemia materna níveis de hemoglobina inferiores a 11,0 g/dL em qualquer idade gestacional.

A anemia por deficiência de ferro, via de regra, manifesta-se com microcitose (VCM <80 fL) e hipocromia (HCM <26 pg)

Ferro elementar na dose de 30-40 mg/dia é recomendado para praticamente todas as gestantes, à exceção daquelas com doenças caracterizadas por sobrecarga de ferro, por exemplo, anemias hemolíticas e hemocromatose; Para adequada efetividade da suplementação é ideal que ele seja ingerido no intervalo entre as refeições ou antes de dormir

TRATAMENTO	▪ Hemoglobina $\geq 9,0$ g/dL e $\leq 11,0$ g/dL o tratamento com ferro por via oral é a primeira escolha, a dose de ferro elementar a ser alcançada deve ser de 160 a 200 mg/dia, mas é importante o aumento gradual da dose para a prevenção de efeitos colaterais com o tratamento. Nessas doses, espera-se um aumento de 1 g na hemoglobina a cada 4 semanas. Por isso, a resposta à terapêutica pode ser avaliada a partir de 2-3 semanas após o início da dose terapêutica. Após os níveis de hemoglobina alcançarem níveis superiores a 10,5 g/dL, a dose de ferro elementar pode ser reduzida para 60 a 80 mg/dia como terapia de manutenção e mantida até o puerpério, Para os casos nos quais não se alcança níveis de hemoglobina superior a 10,0 g/dL após, pelo menos, duas semanas da administração da dose terapêutica, encaminhar para referência. O ferro parenteral deve ser evitado no 1º trimestre de gravidez pela ausência de estudos de segurança do mesmo nessa fase da gestação.
Importante também estar atento para a menor resposta ao uso do ferro quando é associado a polivitamínicos-minerais, pois os metais iônicos divalentes (como zinco, cobre e manganês) competem entre si na absorção gastrointestinal, reduzindo a absorção do ferro	
ANEMIA MEGALO-BLÁSTICA	Deficiência de ácido fólico ou vitamina B12
DIAGNÓSTICO	VCM maior que 100 fL é compatível com anemia macrocítica; Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12;
TRATAMENTO	A reposição de vitamina B12 por via intramuscular é a mais indicada, em especial quando há comprometimento da absorção no trato digestivo. Semanal inicialmente (1.000 mcg) até normalizar os níveis sanguíneos, o que pode levar de seis a oito semanas. Após isso, a administração ocorre mensalmente (cianocobalamina) ou a cada dois meses (hidroxicobalamina). Para gestantes sem problemas de absorção, a via oral ou sublingual pode ser utilizada com a mesma dosagem.
A suplementação de ácido fólico, na dose de 5 mg/dia, que deve ser iniciada, pelo menos, um mês antes da concepção para benefício da formação do tubo neural do embrião e, mantida até a 20ª semana de gestação.	

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

18.2 TIREOIDOPATIAS.

HIPERTIREOIDISMO	Circulação e ação excessiva dos hormônios tireoidianos
SINAIS E SINTOMAS	Irritabilidade, agressividade, inquietação, tremores finos, sudorese, pele quente, taquicardia e perda de peso ou mesmo ganho inferior ao esperado. Hipertensão e/ou pré-eclâmpsia podem ocorrer nos casos mais graves.
DIAGNÓSTICO	As dosagens hormonais geralmente são necessárias para a elucidação: T4L se encontra aumentado (acima do indicado pelo laboratório) TSH suprimido ($<0,1$ mUI/L). A quantificação da forma livre de tiroxina tem importância na decisão terapêutica. A identificação dos autoanticorpos, principalmente aqueles com atividade estimulatória, tem importante papel no acompanhamento da gestação
CONDUTA	Iniciar tratamento medicamentoso e encaminhar para a referência com exames laboratoriais. Solicitar teleconsultoria
Suspeita de tireotoxicose gestacional, na indisponibilidade de exames de anticorpo TRAb.	Referenciar, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual), para o Pré-Natal de Alto Risco.
Na assistência obstétrica, devem-se acompanhar as intercorrências da doença sobre o conceito com ultrassonografia morfológica (entre 18 e 22 semanas). Em relação à amamentação, recomenda-se sua manutenção quando a puérpera fizer uso de até 450 mg diárias de propiltiouracil (PTU) e 30 mg diárias de metimazol (MMI). A ingesta do fármaco deve ser, preferencialmente, após a mamada, e a criança pode ser monitorada em relação à sua função tireoidiana	

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

HIPOTIREOIDISMO	O hipotireoidismo incide em 0,1% das gestações e está quase sempre associado à disfunção primária da tireóide, tipo tireoidite de Hashimoto
DIAGNÓSTICO	Similaridade com sintomas próprios do estado gestacional: ▪ Fadiga, ▪ Obstipação, ▪ Intolerância ao frio, ▪ Perda de cabelo, ▪ Aumento de peso; ▪ Pele seca. Dosagem de T4 livre e TSH. O TSH deve ser avaliado mensalmente na primeira metade da gestação e deve ser mantido dentro do valor de referência para o trimestre. Após a metade da gestação, o monitoramento pode ser mais espaçado, pelo menos uma vez por trimestre. Os valores de referência de TSH na gestação são: 1º trimestre (0,1 a 2,5 mU/L); 2º trimestre (0,2 a 3 mU/L) e 3º trimestre (0,3 a 3 mU/L).
CONDUTA	Iniciar tratamento medicamentoso e solicitar teleconsultoria.

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

18.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

DEFINIÇÃO	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em dois momentos distintos com intervalo de quatro horas, precedentes à gestação ou manifesta antes da 20ª semana da gestação, persistindo após a 12ª semanas pós-parto. *Em casos suspeitos de PRÉ ECLÂMPSIA sobreposta, essas pacientes devem ser exaustivamente orientadas sobre sinais e sintomas de PE, bem como sobre quando procurar assistência em serviços terciários. Essas gestantes também devem retornar à consulta no máximo em uma semana, de preferência com os exames de PE já realizados
EXAMES	Exames habituais no pré-natal, Somente médico: É importante uma avaliação inicial da função renal com creatinina e proteinúria. Ultrassonografia obstétrica devem ser realizados, inicialmente, da mesma forma que o habitual;
PREVENÇÃO DA PRÉ ECLÂMPSIA	Recomenda-se o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia, à noite, iniciado antes da 16ª semana de gestação até 36 semanas; além do cálcio até o parto (suplementação mínima de 1 g/dia),
SINAIS DE ALERTA PARA PRÉ ECLÂMPSIA	Elevações nos níveis tensionais acima de 20 semanas: ▪ Edema em mãos e face; ▪ Cefaleia persistente; ▪ Escotomas; ▪ Dor epigástrica.
CONDUTA	Iniciar tratamento e encaminhar para serviço de referência.

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

18.5 DIABETE MELITO PRÉVIO À GESTAÇÃO

DIAGNÓSTICO	Glicose em jejum (mg/dL): Normoglicemia: < 100 Pré-diabetes: ≥ 100 e < 126 DM estabelecido: ≥ 126 Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose: Normoglicemia: < 140 Pré-diabetes: ≥ 140 e < 200 DM estabelecido: ≥ 200 HbA1c (%) Normoglicemia: < 5,7 Pré-diabetes: ≥ 5,7 e < 6,5 DM estabelecido: ≥ 6,5 Glicose ao acaso (mg/dL): DM estabelecido: ≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia
	Mulheres com diabetes pré-gestacional (tipo 1 ou 2) devem manter controle glicêmico rigoroso antes da concepção, com HbA1c idealmente abaixo de 6,0%, para reduzir o risco de anomalias congênitas.
ORIENTAÇÕES	Orientações dietéticas Atividade física
INSULINOTERAPIA	O método a ser adotado para a insulinização deve ser individualizado, levando em consideração a capacidade de compreensão da gestante e os recursos disponíveis. A partir da 30ª semana, independentemente do controle glicêmico, o seguimento clínico deve ser feito, no mínimo, a cada duas semanas
ACOMPANHAMENTO PÓS PARTO	A amamentação deve ser estimulada. As pacientes com DM tipo 1 ou tipo 2 devem ter a dose de insulina diminuída para metade a um terço da dose administrada ao final da gestação ou, opcionalmente, para a dose utilizada antes da gravidez. Mulheres com DM tipo 2 que faziam uso de hipoglicemiantes orais podem fazer uso de metformina ou glibenclamida durante a amamentação.

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

18.6 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

DEPRESSÃO	Nos casos leves de depressão na gravidez, a psicoterapia é recomendada, enquanto nos casos moderados a graves, o tratamento farmacológico é mais indicado. Ideação suicida exige encaminhamento urgente à referência. Iniciar tratamento medicamentoso, preferencialmente com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, fluoxetina e citalopram. Paroxetina deve ser evitada no primeiro trimestre devido ao risco de malformações cardíacas.
TRANSTORNO DE ANSIEDADE	A avaliação psiquiátrica é essencial para definir o melhor tratamento para transtornos de ansiedade. Nos casos leves, a psicoterapia é recomendada, enquanto nos casos moderados a graves, como crises de pânico, o tratamento farmacológico é mais indicado. Iniciar tratamento medicamentoso, preferencialmente com antidepressivos tricíclicos (clomipramina e imipramina) ou ISRS (citalopram, fluoxetina, sertralina). Crises de pânico tendem a diminuir no início da gravidez e aumentar no terceiro trimestre. Benzodiazepínicos são contraindicados, exceto em situações agudas, devido ao risco de teratogênese e depressão respiratória neonatal.
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR	A avaliação psiquiátrica é essencial para definir o melhor tratamento.
NESES CASOS, ENCAMINHAR PARA A REFERÊNCIA	

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestão de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

18.7 TROMBOFILIAS

CONDUTAS DE PRÉ NATAL

Trombofilias são condições hereditárias ou adquiridas que podem aumentar o risco de trombose venosa ou arterial.

Recomenda-se o planejamento gestacional com ácido fólico (5 mg/dia) antes da concepção, mantido até a 20ª semana de gestação.

As pacientes devem ser orientadas a praticar atividade física e usar meias elásticas durante a gestação, parto e puerpério.

As consultas pré-natais devem ser mensais até a 20ª semana, quinzenais depois, e a ultrassonografia transvaginal (até a 12ª semana) é recomendada para datação e avaliação de riscos.

- Solicita-se as ultrassonografias morfológicas de primeiro (11-14 sem.) e segundo (20-24 sem.) trimestres, com doppler, para avaliação, entre outras variáveis, da translucência nuchal, risco de pré-eclâmpsia e rastreio de dismorfoses.

A dopplerfluxometria monitora a trombofilia e deve ser feita regularmente para avaliar o fluxo sanguíneo placentário.

As gestantes com antecedente de trombose venosa ou arterial que usam com frequência anticoagulação oral deverão substituí-las por HBPM em dose plena ou 75% desta, tão logo seja confirmada a gestação, levando-se em consideração o custo e o risco de trombocitopenia e de osteoporose induzidas pela heparina.

ENCAMINHAR PARA A REFERÊNCIA

[Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestação de Alto Risco – Portal de Boas Práticas](#)

18.8 TROMBOEMBOLISMO VENOSO

ORIENTAÇÕES

A trombose venosa profunda (TVP) durante a gestação pode ser assintomática ou apresentar sintomas como dor na panturrilha e flegmasia.

A embolia pulmonar (EP) pode variar de leve a grave, incluindo síncope e morte súbita.

Para gestantes com suspeita de tromboembolismo venoso (TEV), o exame inicial é a ultrassonografia com doppler de membros inferiores.

O tratamento com heparina de baixo peso molecular (HBPM) deve ser iniciado até que o diagnóstico seja excluído, a menos que o tratamento seja fortemente contraindicado.

Em caso de suspeita de EP, devem ser realizados ECG, radiografia de tórax e angiotomografia.

O dímero D não é recomendado para diagnóstico de TEV na gestação.

ENCAMINHAR PARA A REFERÊNCIA

18.9 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência, segundo a OMS, vai dos 10 aos 19 anos e envolve transformações físicas e psicológicas.

Gestantes até 14 anos deve ser realizada a notificação ao Conselho Tutelar via APONT.

O pré-natal para adolescentes é similar ao de mulheres adultas, mas muitas descobrem a gravidez tardiamente, o que atrasa o acompanhamento e pode agravar complicações materno-fetais, como prematuridade e baixo peso ao nascer.

Problemas nutricionais, como obesidade e má alimentação, são comuns e afetam o crescimento fetal. Orientações nutricionais e suplementação de ferro, ácido fólico e cálcio ajudam a prevenir complicações.

Outros fatores de risco incluem uso de tabaco, álcool, drogas e altos níveis de estresse devido à violência e abandono.

O suporte psicológico, rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis, além de temas como amamentação e retorno à escola, são essenciais no cuidado pré-natal.

Uma abordagem multidisciplinar é importante para garantir melhores resultados para mãe e filho.

Complicações em todo período gestacional, sendo as mais frequentemente citadas as relacionadas ao recém-nascido, como: prematuridade, baixo peso e maiores índices de mortalidade neonatal

18.10 IDADE MATERNA AVANÇADA

IDADE MATERNA AVANÇADA - IMA	Definida como gestação de mulheres com idade igual ou superior a 40 anos.
EVENTOS RELACIONADOS A IMA	Gravidez ectópica. ▪ Doença trofoblástica gestacional. ▪ Abortamento espontâneo. ▪ Anomalias cromossômicas. ▪ Anomalias congênitas. ▪ Gestação múltipla. ▪ Morbidade perinatal (maiores índices de baixo peso ao nascer e partos pré-termo). ▪ Óbito fetal. ▪ Diabetes melito prévio e diabetes melito gestacional. ▪ Pré-eclâmpsia. ▪ Distúrbios da tireoide. ▪ Inserção baixa da placenta. ▪ Descolamento prematuro de placenta. ▪ Distocias. ▪ Parto cesáreo
CONSIDERAÇÕES	Gestantes com idade materna avançada (IMA) requerem cuidados especiais no pré-natal, principalmente em relação aos riscos de malformações e aneuploidias. O rastreamento adequado dessas condições, alinhado aos desejos do casal, é essencial. Além disso, aspectos nutricionais, rastreamento de outras condições e medidas profiláticas, como o uso de ácido acetilsalicílico quando necessário, devem ser priorizados. O obstetra deve monitorar a vitalidade fetal de acordo com cada caso. Apesar dos riscos, a idade avançada também está associada a benefícios como melhor desenvolvimento infantil e maior taxa de imunização.

18.11 OBESIDADE

OBESIDADE	A obesidade é considerada doença crônica de etiologia complexa, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, resultante principalmente do desequilíbrio entre a ingesta calórica e atividade física												
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)	<table> <tr> <th>IMC (kg/m²)</th><th>Categoria</th></tr> <tr> <td>Entre 25 e 29,9</td><td>sobrepeso</td></tr> <tr> <td>Entre 30-34,9</td><td>classe I</td></tr> <tr> <td>Entre 35-39,9</td><td>classe II</td></tr> <tr> <td>Entre 40-49,9</td><td>classe III</td></tr> <tr> <td>≥ 50 kg/m²</td><td>superobesidade</td></tr> </table> IMC igual ou maior a 40, encaminhar à referência.	IMC (kg/m ²)	Categoria	Entre 25 e 29,9	sobrepeso	Entre 30-34,9	classe I	Entre 35-39,9	classe II	Entre 40-49,9	classe III	≥ 50 kg/m ²	superobesidade
IMC (kg/m ²)	Categoria												
Entre 25 e 29,9	sobrepeso												
Entre 30-34,9	classe I												
Entre 35-39,9	classe II												
Entre 40-49,9	classe III												
≥ 50 kg/m ²	superobesidade												
EXAMES LABORATORIAIS	No primeiro trimestre, além dos exames laboratoriais de rotina pré-natal devem ser acrescidos: ▪ hemoglobina glicada, ▪ TSH/T4 livre, ▪ creatinina, ▪ colesterol total e frações, ▪ triglicérides, ▪ eletrocardiograma Realizar teste oral de tolerância à glicose com 75 g de glicose VO, entre a 24ª e 28ª semana, para aquelas pacientes cuja glicemia de jejum foi normal no primeiro trimestre.												
SUPLEMENTAÇÃO	Prescrever: ▪ Ácido acetilsalicílico (AAS) 100 a 150 mg/dia; ▪ 1 grama de carbonato cálcio 1 vez ao dia, com início na 12ª semana de gravidez, para profilaxia de pré-eclâmpsia.												
ORIENTAÇÕES	A meta ideal é atingir o peso adequado, o que é difícil na maioria das vezes, sendo aceitável a mudança para um grau menor do IMC. A aferição da pressão arterial deve ser realizada com manguito apropriado (ver tabela de correção da PA com manguito padrão) Gestante com sobrepeso pré-gestacional pode ter ganho máximo entre 7 e 11,5 quilos ao final da gestação. Por sua vez, as pacientes obesas podem ganhar o máximo de cinco a nove quilos durante toda a gestação. Ganho de peso abaixo do recomendado não é adequado porque pode se relacionar com morte infantil. A atividade física regular deve ser estimulada, como caminhadas, exercício em água ou na forma de alongamentos, preferencialmente sob orientação e seguimento por profissional de educação física ou fisioterapeuta.												

18.11.1 Gestação Após Cirurgia Bariátrica

ACONSELHAMENTO	Mulheres com histórico de cirurgia bariátrica devem receber aconselhamento pré-concepcional especializado, bem como cuidados diferenciados no pré-natal, no parto e no puerpério.
RISCOS ASSOCIADOS	O intervalo mais curto entre a cirurgia e concepção foi associado a: ▪ Maior risco de prematuridade, ▪ Recém-nascidos pequenos para idade gestacional; ▪ Admissão na unidade de terapia intensiva neonatal; A orientação é a mulher adiar a gravidez até que apresente estabilidade no peso, o que normalmente � alcançado um a dois anos após a cirurgia bariátrica
SUPLEMENTAÇÃO DE MINERAIS E VITAMINAS	Após a cirurgia bariátrica existe maior risco de desenvolver deficiências de micronutrientes. Durante a gravidez, é recomendado solicitar os seguintes exames, pelo menos, uma vez por trimestre, e usar valores de referência específicos para gravidez: folato sérico; vitamina b12 sérica; ferritina sérica, hemograma completo; vitamina D sérica, cálcio, PTH e tempo de protrombina.
ENCAMINHAR PARA A REFERÊNCIA SE A MENOS DE 6 MESES	

18.12 USUÁRIA DE ÁLCOOL, FUMO E DROGAS

TABAGISMO	A mulher que planeja engravidar deve cessar o tabagismo previamente. Importante destacar, portanto, que todas as gestantes devem ser questionadas quanto a este hábito já na primeira consulta pré-natal O tabagismo durante a gestação aumenta o risco de complicações como gravidez ectópica, placenta prévia, sangramento, rotura prematura de membranas e aborto espontâneo. Além disso, reduz o crescimento fetal, diminui em média 100 g do peso ao nascer e duplica o risco de baixo peso. Fumar também eleva em 25% a 50% as taxas de morte fetal e infantil. Tabagismo materno também podem atingir o período pós-natal, determinando, nas crianças, maior risco de morte súbita, infecções respiratórias, asma, bronquiolite, distúrbios de cognição, entre outros. O tabagismo durante a gestação pode afetar a cognição do beb� e o desenvolvimento comportamental durante a infância.
------------------	--

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA)

Crianças expostas à nicotina precocemente estão mais dispostas a ter prejuízo cognitivo. Elas também podem apresentar comportamento antissocial, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e crises de pânico durante a adolescência

O diagnóstico não é fácil, principalmente porque as mulheres frequentemente negam a sua utilização.

Para tanto, se faz necessário uma abordagem interprofissional e intersetorial, que saiba abordar esse tema entre as gestantes e prestar melhor assistência.

Para diagnosticar a gestante usuária de SPA deve-se realizar uma anamnese detalhada, livre de pré-julgamentos e preconceitos, garantindo o sigilo profissional.

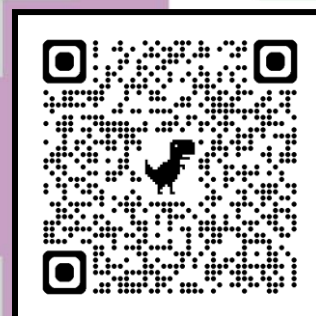
É necessário questionar sobre tipo de drogas; quantidade de cada uma, frequência, tempo de uso, via de administração (se fizer uso de injetável, perguntar sobre compartilhamento de agulhas), antecedente de overdose, necessidade de internação para desintoxicação, histórico familiar de uso de drogas, principalmente por parte dos parceiros; histórico de passagens policiais e/ou encarceramento prévios; antecedente de doenças sexualmente transmissíveis; histórico de prostituição; perda de guarda de filho ou sob cuidados de entidades de proteção à infância; se tem rede de apoio social e afetivo.

Clique aqui para ter acesso ao Manual de Gestão de Alto Risco – Portal de Boas Práticas

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA REDE ALYNE SERRA CATARINENSE

Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.



Acesse também pelo link: *Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense*

CAPÍTULO 19

AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR E MATURIDADE FETAL

19.1 MALFORMAÇÕES

ORIENTAÇÕES

A abordagem multidisciplinar e o pré-natal especializado em medicina fetal são essenciais para a adequada condução do caso, independentemente da decisão do casal, seja ela de manter a gestação até o parto espontâneo ou de interromper a gestação.

MALFORMAÇÕES CONSIDERADAS INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

- Trissomias 13 e 18.
- Anencefalia.
- Holoprosencefalia (alobar e semilobar).
- Encefalocele com exteriorização de grande parte do encéfalo. • Pentalogia de Cantrell.
- Extenso defeito de fechamento da parede abdominal com órgãos vitais se exteriorizando.
- Body stalk (síndrome do cordão umbilical curto).
- Síndrome da banda amniótica com lesões graves em órgãos vitais (individualizar caso a caso)
- • Nefropatias graves com anidramnia/hipoplasia pulmonar (agenesia renal bilateral, rins policísticos, rins multicísticos bilaterais, válvula de uretra posterior).
- Displasia esquelética letal (hipoplasia torácica/pulmonar).
- • Gemelaridade imperfeita com compartilhamento de órgãos nobres.

ENCAMINHAR PARA A REFERÊNCIA

CAPÍTULO 14

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

20.1 O PERÍODO PUERPERAL NA APS

VISITA DOMICILIAR

- Realizar a consulta **puerperal e do bebê** até o 10º dia de vida do RN;
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade, atentando para contra indicações ao aleitamento materno;
- Orientar sobre os cuidados adequados com a mama (limpeza, uso de pomadas e suas restrições, esgotamento, revezamento e compressas);
- Orientar consultas de puericultura do bebê na UBS. Verificar a realização dos Testes de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, orelhinha, linguinha, coraçãozinho e olhinho);
- Orientar sobre a higiene do coto umbilical do bebê.
- Orientar quanto ao acompanhamento da criança em situação de exposição ao vírus do HIV, sífilis e hepatites virais (ver tabela de seguimento – ANEXO);
- Orientar a puérpera quanto à importância de informar à equipe no caso de alguma exposição de risco

	para o HIV, IST e Hepatites Virais durante a amamentação, a realização dos TRs no puerpério e período de amamentação; ▪ Orientar sobre direitos reprodutivos e planejamento familiar; ▪ Ficar atenta a sinais que mereçam atenção em relação à Saúde Mental: Sentimento de tristeza ou desespero constante; Perder o interesse ou não sentir prazer na maioria das atividades diárias; Pensar na morte e suicídio; Vontade de prejudicar o bebê; Sentir-se desconectada com seu bebê e com as pessoas ao redor; Sono perturbado, mesmo quando o bebê está dormindo; Extrema agitação ou inquietação; ▪ Avaliar, condições clínicas da puérpera com sintomas preditivos de infecções e hemorragias, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, tromboembolismo, seguimento de condições clínicas identificadas durante a gestação e doenças de base.
--	--

FONTE: Protocolo Rede Cegonha Serra Catarinense, 2021

20.2 AVALIAÇÃO DAS MAMAS, EXAME FÍSICO E POSICIONAMENTO DA PEGA

ALEITAMENTO MATERNO	O MS recomenda que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses até 2 anos de idade ou mais, ela seja complementada, com a introdução de alimentos semi sólidos/sólidos de qualidade e em tempo oportuno.
ORIENTAÇÕES	Manter uma alimentação equilibrada; Beber no mínimo 1 litro de água além da ingestão habitual diária; Evitar dietas rigorosas durante a amamentação, pois isto poderá diminuir a produção de leite e prejudicar o aleitamento do bebê; A amamentação exclusiva ao seio, sem redução na ingestão calórica, contribui para o retorno ao peso normal, uma vez que o corpo queima muitas calorias para a produção do leite materno; Evitar uso de álcool e tabaco durante a amamentação; Evitar o café, chá preto, refrigerante à base de cola e chocolate, pois alimentos reduzem a absorção de ferro; Discutir as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais; Explicar a gestante a fisiologia da lactação, enfatizando que a manutenção da produção do leite, depende do estímulo à sucção dos mamilos;

	Alertar para as dificuldades que poderão surgir e ensinar a preveni-las ou a superá-las; Realizar trimestralmente TR na mãe durante o aleitamento; Desfazer tabus, explicando às gestantes que todas as mulheres, salvo raras exceções, têm condições de amamentar, que não existe “leite fraco” e que a produção do leite independe do tamanho da mama.
CONTRAINDICAÇÕES, INIBIÇÃO E INTERCORRÊNCIAS	Infecção por HIV: Contraindicado Infecção pelo Vírus Linfotrópico Humano de Células T (HTLV): Contraindicado Infecção pelo vírus da hepatite C: Contraindicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou CV elevada. Tuberculose pulmonar: Permitido. Mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz, com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia Doença de Chagas: Manter aleitamento materno, com restrição. Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos

CAPÍTULO 21

MÉTODO CANGURU

O Método Canguru (BRASIL, 2011) representa um novo paradigma na atenção ao RN, pré-termo ou de baixo peso, construindo uma linha de cuidado, que tem início na identificação do risco gestacional durante o pré-natal.

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao RN e a sua família. O Método promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru.

É um modelo de assistência, que tem início na gravidez de risco e segue até o RN atingir 2.500g. Abrange o pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do RN e retorno para casa. Envolve cuidado humanizado, contato pele a pele, controle ambiental, redução da dor, cuidado com a família e suporte da equipe de saúde.

VANTAGENS DO MÉTODO CANGURU	Reduz tempo de separação entre bebê e família;
	Favorece o vínculo pai-mãe-bebê-família;
	Possibilita maior confiança dos pais;
	Proporciona estímulos sensoriais positivos;
	Melhora o desenvolvimento do bebê;
	Estimula o aleitamento materno;
	Favorece o controle térmico adequado;
	Reduz o risco de infecção hospitalar, estresse e dor;
	Melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

21.1 POSIÇÃO CANGURU

Consiste em manter o bebê pele a pele precoce, na posição vertical, junto ao peito da mãe ou do pai. O bebê deve estar somente de fraldas e em regiões mais frias, pode ser usada meia e touca. A mãe deve estar sem sutiã para favorecer o contato pele a pele. Respeitar o tempo de estabilização do RN e pelo tempo máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente capacitada.

21.2 ETAPAS

1ª ETAPA	Inicia-se no pré-natal da gestante de alto risco. Passa pelo parto e nascimento, segue pela internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).
2ª ETAPA	Ocorre durante a Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno. O RN permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados devem ser estimuladas.
3ª ETAPA	Os RNs pré-termo e/ou de baixo peso na terceira etapa receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do Ambulatório de Atenção Especializada e da Atenção Primária à Saúde, do Método Canguru. Ao atingirem o peso de 2.500g, os RNs serão reavaliados e encaminhados para ambulatórios de seguimento ou de reabilitação, havendo sempre a garantia de todos os cuidados propostos pela Atenção Primária.

21.3 CLASSIFICAÇÃO DO RN -

IG	PESO X IG	PESO DO NASCIMENTO
< 37s RN pré-termo	PIG	<1.000g Extremo baixo peso
37s a 41s6d RN termo	Adequado para Idade Gestacional (AIG)	< 1500g Muito baixo peso
42 RN pós-termo	Grande para Idade Gestacional (GIG)	<2.500 Baixo peso

Fonte: Brasil, 2017.

21.4 CORREÇÃO DA IG

Utilizada para o RN pré-termo, que teve seu crescimento e seu desenvolvimento intrauterino interrompido com o parto e necessita do tempo restante para

completá-lo. É utilizado para RNs que nasceram com menos de 34 semanas gestacionais. Para o cálculo, utiliza-se o marco de 40 semanas gestacionais. A diferença entre o nascimento e as 40 semanas, é o tempo que deverá ser descontado da idade cronológica, nas consultas de seguimento, até a criança completar 2 anos.

IG	'DESCONTO' da prematuridade
34 semanas	6 semanas = 1 mês e meio
33 semanas	7 semanas = 1 mês e três semanas
32 semanas	8 semanas = 2 meses
31 semanas	9 semanas = 2 meses e 1 semana
30 semanas	10 semanas = 2 meses e meio
29 semanas	11 semanas = 2 meses e 3 semanas
28 semanas	12 semanas = 3 meses
27 semanas	13 semanas = 3 meses e 1 semana
26 semanas	14 semanas = 3 meses e meio
25 semanas	15 semanas = 3 meses e 3 semanas
24 semanas	16 semanas = 4 meses

Fonte:Brasil,2017.

21.5 AGENDA DE ACOMPANHAMENTO DO BEBÊ

Na primeira semana, o RN e sua mãe deverão receber visita domiciliar pela equipe de APS.	
Ter garantido retorno ao setor de referência (UBS e AAE) em até 72h.	Na segunda semana recomendado 2 atendimentos na referência.
A partir da 3ª semana, até alcançar 2.500g acompanhamento semanal.	Acompanhamento do bebê/método canguru.

21.6 ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ATENDIMENTO NA UBS	Identificar dinâmica, rede de apoio e funcionamento familiar;
	Identificar situações de risco e vulnerabilidade;
	Acompanhar ganho de peso;
	Realizar orientações e busca ativa para vacinação;
	Identificar crianças candidatas ao Palivizumabe;
	Monitorar as consultas especializadas;
	Realizar busca ativa em faltosos.
SINAIS DE ALERTA	Uso de fórmulas;
	Não faz posição Canguru;
	Higiene do bebê e do ambiente precárias;
	Dificuldade na relação mãe-bebê-família. Sinais de risco (Encaminhar imediatamente para atendimento na UBS ou hospital);
	Palidez;Cianose;
	Dificuldade respiratória;
	Irritabilidade ou choro fraco;
	Febre ou temperatura baixa;
	Vômitos;
	Dificuldade no aleitamento materno;
	Pouca urina;
	Perda de peso;
	Tremores;
	Convulsão;
	Hérnia inguinal;
	Aumento do perímetro cefálico.

ORIENTAÇÃO AOS PAIS

Manter a posição Canguru, sempre que possível;

Colocar o bebê no berço de barriga para cima e com a cabeceira do berço elevada;

Realizar troca de fraldas na posição lateralizada;

Manter controle da temperatura entre 36,5°C a 37,5°C;

Trocar imediatamente fraldas e roupas molhadas;

Secar bem após o banho;

Evitar contato com objetos ou locais frios;

Evitar expor o bebê a correntes de ar;

Agasalhar de acordo com a temperatura ambiente;

Observar frequência, quantidade e aspecto das fezes;

Observar frequência, quantidade (6x ao dia) e aspecto da urina;

Manter aleitamento materno.

USO PREVENTIVO DO PALIVIZUMABE

O uso do imunobiológico contra o vírus sincicial respiratório ocorre no período de março a agosto na Região Sul do país. Cabe ao profissional médico, solicitar o imunobiológico junto ao serviço de referência em vigilância epidemiológica, conforme os seguintes critérios

Crianças nascidas com IG $\leq$ 28s;

Menores de 1 ano de idade após episódio de internação hospitalar;

Menos de 2 anos de idade, portadores de cardiopatias congênitas;

Crianças com displasia broncopulmonar.

CAPÍTULO 22

DIREITOS DA GESTANTE

DIREITOS DA GESTANTE	
DURANTE A GESTAÇÃO	▪ O direito à saúde na gravidez com a realização de um pré-natal, um parto e um pós-parto de qualidade
	▪ Os direitos trabalhistas, direitos que regulamentam o vínculo de trabalho da gestante com o patrão ou com a empresa em que está empregada, garantindo a manutenção do emprego;
	▪ Os direitos sociais: atendimento em caixas especiais (em lojas, farmácias e supermercados, por exemplo), prioridade na fila de bancos, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial.
Na maternidade, a gestante tem o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, no parto, e pós-parto. O acompanhante é de livre escolha da gestante.	

(UNICEF,2011)

22.1 DIREITOS TRABALHISTAS E SOCIAIS DA GESTANTE

Atendimento prioritário em locais públicos e privados e bancos	Lei Federal nº 10.048/2000. Clique aqui para ler.
Assentos prioritários nos transportes coletivos	Lei Federal nº 10.048/2000. Clique aqui para ler.
Transferência de função no trabalho, caso possa prejudicar a saúde da mãe ou o desenvolvimento do feto (exige atestado médico)	Lei Federal nº 9.799/1999. Clique aqui para ler.
Dispensa do trabalho para realização de exames e comparecimento em consultas médicas	Lei Federal nº 9.799/1999. Clique aqui para ler.
Ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal sobre qual é a maternidade de referência para seu parto e visitar o serviço antes do parto	Lei Federal nº 11.634/2007. Clique aqui para ler.
Licença-maternidade	Direito garantido pelo artigo 7º, XVII, que consiste em conceder à mulher que deu à luz uma licença remunerada de 120 dias. O período de 120 dias pode ser prorrogado por mais 60 dias mediante adesão do empregador ao Programa Empresa Cidadã (Lei nº 11.770/2008). Clique aqui para ler.
Estabilidade no emprego durante a gravidez e de até 5 meses após o nascimento do bebê. A mulher, nesse período, não pode ser demitida, a não ser por justa causa	Decreto-Lei nº 5.452/1943. Clique aqui para ler.
Dispensa do trabalho duas vezes por dia, por pelo menos 30 minutos, para amamentar, até o bebê completar 6 meses	Decreto-Lei nº 5.452/1943. Clique aqui para ler.
Planejamento reprodutivo	Mulheres e homens têm o direito de decidir livremente sobre o número de filhos que querem ter, assim como devem ter acesso à informação e aos meios para regular sua fecundidade, desde a educação sexual até a laqueadura de trompas e vasectomia (Art. 226; regulamentado pela Lei nº 9.263/1996). Clique aqui para ler.
Clique aqui para ter acesso ao Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê	

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**

Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.



Acesse também pelo link: *[Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense](#)*

CAPÍTULO 23

GESTANTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência contra a mulher, incluindo gestantes, é uma grave violação dos direitos humanos e um desafio persistente que transcende fronteiras geográficas, culturais e socioeconômicas. Este tipo de violência pode assumir diversas formas, incluindo física, sexual, psicológica, patrimonial e violência moral (. As mulheres grávidas são particularmente vulneráveis, enfrentando riscos que podem afetar não apenas a sua saúde, mas também a do feto ([*clique aqui para ter acesso a LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006*](#)).

A violência durante a gravidez está associada a uma série de complicações de saúde, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e depressão pós-parto. É fundamental que haja conscientização sobre essa problemática, assim como o fortalecimento das políticas de prevenção e o apoio a serviços de assistência que garantam a segurança e o bem-estar das mulheres em todas as fases da vida.

Combatê-la requer um esforço coletivo envolvendo governos, instituições, comunidades e indivíduos para criar um ambiente seguro e empoderador para todas as mulheres e suas famílias.

23.1 TIPO DE VIOLÊNCIA

Segundo a **LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006** ([*Clique aqui para ler a LEI Nº 11.340*](#)), a mesma cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, tais como:

1. Violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
2. Violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
3. Violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, me-

diante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

4. Violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
5. Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

23.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA

A notificação compulsória de casos de violência é um instrumento na luta contra a violência, especialmente aquela dirigida a grupos vulneráveis como mulheres, crianças e idosos.

Conforme o ministério da saúde considera-se “violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

A notificação é um dever institucional, sendo responsabilidade dos serviços, gestores e profissionais realizar a notificação compulsória de acordo com a legislação em vigor.

[Clique aqui para ter acesso a Ficha de notificação/ investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais](#)

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**



Este capítulo possui um acervo digital de materiais complementares, incluindo documentos oficiais e recursos de apoio à prática.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.

Acesse também pelo link: *[Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense](#)*

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il. ISBN 978-85-334-2360-2.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
3. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. A mortalidade materna no Estado de Santa Catarina: informativo epidemiológico, n. 1. Florianópolis, SC: Secretaria de Estado da Saúde, 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica n.º 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
6. BRASIL. Lei n.º 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado: exame clínico das mamas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. e-SUS Atenção Primária à Saúde: manual

de uso do aplicativo e-SUS Território – versão 3.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

9. UNICEF. Guia dos direitos da gestante e do bebê. São Paulo, SP: Globo, 2011. Ilustrações de Ziraldo.
10. BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8.º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo para notificação de violência interpessoal e auto-provocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis. 1. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 37 p.: il.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica n.º 34/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS: orientações para a não realização de exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola em gestantes assintomáticas durante o pré-natal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
14. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Manual técnico de orientações sobre o manejo da toxoplasmose em Santa Catarina. Florianópolis, SC: DIVE, 2022.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção à saúde bucal da gestante. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

- 17.**GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 40, n. 4, jul./ago. 2011.
- 18.**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica n.º 3/2022-SAPS/MS: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

PORTAL DE REFERÊNCIAS DIGITAIS DA **REDE ALYNE SERRA CATARINENSE**

As referências bibliográficas e documentos institucionais utilizados na elaboração deste protocolo estão disponíveis em formato digital.

Escaneie o **QR Code** para acessar o acervo atualizado deste capítulo.



Acesse também pelo link: *[Portal de Referências Digitais Rede Alyne: Serra Catarinense](#)*

ANEXOS

ANEXO I: SOLICITAÇÃO DE CONSULTA SISREG

6.1. Como solicitar um Procedimento/Consulta

- Ao selecionar 'SOLICITAR/AMBULATORIAL' a seguinte tela será mostrada:

CONSULTA AO CADASTRO DE PACIENTES SUS

Dados do Paciente

CNS:

Nome do Usuário:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento:

UF de Nascimento: Seleção a UF Município de Nascimento: Seleção o Município

UF de Residência: Seleção a UF Município de Residência: Seleção o Município

Sexo: Seleção

- Digite 'CNS' ou 'NOME DO USUÁRIO e NOME DA MÃE' e clique em 'PESQUISAR'.

Usuário já cadastrado:

- Caso o usuário já esteja no SISREG será mostrado conforme tela abaixo:

CONSULTA AO CADASTRO DE PACIENTES SUS

Sua pesquisa retornou muitas ocorrências
Caso o paciente desejado não esteja listado abaixo, tente uma pesquisa mais detalhada.

USUÁRIOS ENCONTRADOS (25):

Usuário: CARLOS JOSE DA SILVA • Mãe: JANE DE JESUS DA SILVA • CNS: 700507103302250 Naturalidade: OLINDA - PE • Residência: OLINDA - PE • Nascimento: 05/05/1983
Usuário: DIRVAL JOSE DA SILVA OLIVEIRA • Mãe: JANE BENEDITA DA SILVA OLIVEIRA • CNS: 704001854362364 Naturalidade: CUIARÁ - MT • Residência: CUIARÁ - MT • Nascimento: 25/02/1982
Usuário: FERNANDO JOSE DA SILVA SANTOS • Mãe: JANE MARIA DA SILVA • CNS: 80800744566235 Naturalidade: MACEIO - AL • Residência: VITORIA - ES • Nascimento: 30/05/1979
Usuário: IGOR JOSE DA SILVA • Mãe: JANE CLEIDE DA SILVA • CNS: 206500486500009 Naturalidade: CUIARÁ - MT • Residência: SANTO ANDRÉ - SP • Nascimento: 12/07/1996
Usuário: JOSE ANTONIO BARBOSA DA SILVA • Mãe: JOSEFA JANE DA SILVA • CNS: 898000309778818 Naturalidade: ARAPIRACA - AL • Residência: ARAPIRACA - AL • Nascimento: 26/11/1987
Usuário: JOSE ARIEL DA SILVA LIMA • Mãe: JANE REZENA DA SILVA • CNS: 702000359231178 Naturalidade: MARAUS - AM • Residência: SOA VISTA - RJ • Nascimento: 06/03/1997
Usuário: JOSE CARLOS ALVES DA SILVA JUNIOR • Mãe: JANE CASSIA SANTOS DA SILVA • CNS: 700003970000183 Naturalidade: BELMUNTE - BA • Residência: BELMUNTE - BA • Nascimento: 05/12/1998
Usuário: JOSE CARLOS BARBOSA DA SILVA • Mãe: JANE CLECIA BARBOSA DA SILVA • CNS: 098000734038414 Naturalidade: ARAPIRACA - AL • Residência: ARAPIRACA - AL • Nascimento: 27/12/2000
Usuário: JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA FILHO • Mãe: JANE CLEIDE ALVES DA SILVA • CNS: 708600592767386 Naturalidade: MARAUS - AM • Residência: MARAUS - AM • Nascimento: 18/08/1988

- Selecione o usuário e clique em 'EXIBIR CADASTRO'.
- O cadastro do usuário será mostrado em tela. Confira os dados e caso haja necessidade de alteração de endereço, telefone, clique em 'CADASTRO' para editar as informações diretamente no CADWEB, conforme demonstrados nas telas abaixo:
- Faça as alterações necessárias e clique no botão 'VOLTAR PARA O SISREG' e clique em 'CONTINUAR' para solicitar o agendamento.

Usuário não cadastrado:

- Caso o usuário não esteja no SISREG será mostrada a mensagem 'Sua pesquisa nao retornou nenhum usuário. Favor refazer sua pesquisa no CADWEB.'
- Caso o usuário não esteja no CADWEB será mostrada a mensagem 'Este usuário não foi encontrado na base de dados! Deseja cadastrá-lo?.'. Selecione 'SIM' e faça o cadastro.
- Clique no botão 'VOLTAR PARA O SISREG' e clique em 'CONTINUAR' para solicitar o agendamento.

SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS

DADOS DO PACIENTE:

CNS: **704209721934181**
 Nome: **ANA ROZELI PROBST**
 Nome da Mãe: **BERNADETE MARIA SOFRE PROBST**
 Nome do Pai: **NAZARENO JOSE PROBST**
 Data de Nascimento: **11/07/1980 (35 anos)**
 Sexo: **FEMININO**
 Regime: **SEM INFORMACAO**
 Residência: **SAO JOSE - SC**
 Naturalidade: **FLORIANOPOLIS - SC**

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Procedimento Ambulatorial: **Selecione o Procedimento** ▼
 Retorno: ☐ CID:
 Profissional Solicitante: **Selecione o Profissional Solicitante** ▼
 Central Executante: **Selecione a Central Executante** ▼
 Unidade Executante: **Selecione a Unidade Executante** ▼

Preencha os seguintes campos:

- **PROCEDIMENTO:** será mostrado somente os procedimentos que habilitados.
- **CID (obrigatório).** Caso o CID não tenha sido informado, utilize o código 'Z000 – Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado.
- **PROFISSIONAL SOLICITANTE:** caso não seja mostrado o nome do profissional, selecione a opção 'PROFISSIONAL NÃO LISTADO' e digite o nome do profissional.
- **CENTRAL EXECUTANTE:** será mostrado somente as centrais habilitadas.
- **UNIDADE EXECUTANTE:** deixar a opção 'TODAS'. Posteriormente será definida a unidade executante.

ANEXO II: ESTRATIFICAÇÃO RISCO GESTANTE COM PLANO



Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional - Versão 05/2025

Nome Completo:										Idade:									
Município:																			
Data de Consulta																			
Pontuação																			
Até 4 pontos										Baixo Risco (Risco Habitual)									
5 a 9 pontos										Risco intermediário (com apoio da equipe AAE, quando necessário).									
10 ou mais pontos										Alto Risco									
DESCRIPTIVOS MÍNIMOS GERAIS PARA ENCAMINHAMENTO SISREG: Paridade, Data da última menstruação (DUM), Idade gestacional (IG), Data provável do parto (DPP), Antecedentes obstétricos, Antecedentes clínicos, História clínica atual e tratamentos já realizados até o momento, Dados relevantes do exame físico (peso anterior à gestação, peso atual, índice de massa corpórea - IMC, pressão arterial, altura uterina, entre outros) Exames laboratoriais mais recentes e aqueles com alterações, USG obstétrica, Histórico de teleconsultorias já realizadas.																			
CONDIÇÕES INDIVIDUAIS, SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES															PONTUAÇÃO				
Idade menor que 15 anos															2				
Idade maior que 40 anos															2				
Mulher de raça negra (preta ou parda)															2				
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)															2				
Tabagista ativa															2				
Indícios de sofrer de violência															2				
Gestantes imigrantes, em situação de rua ou em comunidades indígenas e quilombolas															2				
Baixo peso no início da gestação (IMC <18)															2				
Sobrepeso (25-29,9 kg)															1				
Obesidade (IMC > 30 – 39,9 kg/m²)															4				
Obesidade grau 3															10				
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR															PONTUAÇÃO				
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas)															2				
Acretismo placentário															2				
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior															2				
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)															5				
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação															2				
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação															10				
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico ou perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).															10				
Óbito fetal de causa não identificada															10				
Incompetência istmo cervical															10				
Psicose puerperal anterior															10				
Descolamento prematuro de placenta															10				
Histórico de cardiomiopatia periparto															10				
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL															PONTUAÇÃO				
Doença hipertensiva da gestação / Pré-eclâmpsia															10				
Diabetes gestacional com necessidade insulinoterapia															10				
Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite															10				
Cálculo renal com obstrução															10				
Restrição do crescimento fetal															10				



Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia	10
Polidrâmnio /Oligodrâmnio	10
Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas)	10
Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas	10
Hepatopatias (exemplo: cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase e esteatose gravídica)	10
Anemia grave (Hb<8) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral)	10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	10
Câncer materno com diagnóstico durante gestação	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou MMG com BI-RADS 3 ou mais	10
Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal	10
Gemelaridade	10
Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis resistente à penicilina, AIDS, HIV, HTLV, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase, dengue, Zika, Chikungunya).	10
Condiloma acuminado	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de > 5% peso corporal)	10
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
PONTUAÇÃO	
Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia)	10
DM 1 ou DM2 descompensado (encaminhar também à Endocrinologia)	10
Tireoidopatias (hipotireoidismo e hipertireoidismo)	10
Doenças Psiquiátricas graves (psicose e depressão grave)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de: tromboembolismo, AVC, IAM, TEP e TVP; tratamento com anticoagulantes.	10
Cardiopatias com repercussões hemodinâmicas	10
Pneumopatias graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar)	10
Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valpróico).	10
Doença renal crônica (TFG <60 ou terapia de substituição renal)	10
Hemopatias e anemia grave (Hb<8) ou refratária ao tratamento por 30-60 dias	10
Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose)	10
Transplantes	10
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Epilepsia	10
Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina)	10
Histórico de conização ou traquelectomia	10
Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou CV detectável e/ou CD4	10
Total Geral de Pontos	

Assinatura Médico ou Enfermeira UBS e Carimbo


AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA GESTANTES E CRIANÇAS
PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO
Nome:
Data de nascimento:
Município:
Motivo do encaminhamento/ estratificação de risco:
Medicações em uso:
RECOMENDAÇÕES – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
**Orientação
médica APS**
**Orientação
enfermagem
APS**
**Orientação
odontologia
APS**
**Orientação
eMulti**



RECOMENDAÇÕES AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	
ENFERMAGEM	
PSICOLOGIA	
FISIOTERAPIA	
NUTRIÇÃO	
SERVIÇO SOCIAL	
MEDICINA	

Data:**Profissionais Ambulatório de Atenção Especializada Gestantes e Crianças:**

BRUNA CORREA VAZ COREN-SC 277.579
 CLARISSA PERUZZO PEREIRA CREFITO 58293-F
 DAIANA HACKBARTH CRESS 12/5034
 MAIURA DE OLIVEIRA ROSA COREN-SC
 PATRÍCIA CITADIN DUTRA COREN-SC
 PATRÍCIA DE BARROS CRP 12/02872
 LILIANE COSTA CUNHA OEIRAS CRN 8365-SC



CONTROLE DA PRESSÃO

[illegible]

CONTROLE DA PRESSÃO

[illegible]

CONTROLE GLICÊMICO – AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
GESTANTE E CRIANÇA DE ALTO RISCO

[illegible]

