



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

**PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL (PN) COM RISCO HABITUAL (BAIXO
RISCO)**

Atualização: 06/11/2023

I Orientações Gerais:

Aplicar a rotina do protocolo de PN na sua totalidade, realizando todos os exames e consultas programadas. Maiores serão desta forma, as possibilidades de identificar anormalidades e atuar sobre elas, diminuindo a mortalidade materna, neonatal, prematuridade e sífilis congênita (SC), dentre outras.

Todos os dados das consultas, todos os exames e toda a evolução da gestação devem estar registrados no prontuário da gestante.

Itens obrigatórios:

- 1) O cartão de PN deve ser cuidadosamente preenchido e revisado continuamente, *incluindo o plano de parto*.
- 2) Busca ativa da gestante e da gestante faltosa são estratégias fundamentais para o início precoce do PN e para garantir a sua realização integral.
- 3) Encaminhar todas as gestantes para avaliação **Odontológica**, na primeira consulta de Pré Natal.
- 4) Registrar a opção de escolha de métodos contraceptivos no cartão de pré natal a todas as gestantes. Priorizar os **métodos contraceptivos de longa duração**, em especial o DIU de cobre que pode ser inserido no pós parto imediato.

A boa evolução da gestação e o desfecho final que asseguram o bem estar da mãe e do feto é de responsabilidade das equipes que acompanham o PN.

II Cronograma de Consultas

CONSULTA DO PRÉ-NATAL: Deve ser realizada pelo médico ou profissional da enfermagem. Quando a equipe de saúde realiza o PN, as consultas devem ser intercaladas a cada mês entre médicos e enfermeiros.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

É obrigatória em toda consulta de PN, sendo de responsabilidade da equipe a identificação precoce de possíveis alterações clínicas.

Rotina de consultas:

- até a 28ª semana – mensalmente;
- da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- da 36ª até a 41ª semana – semanalmente;

ORIENTAÇÕES PARA O FINAL DA GESTAÇÃO

Em nenhuma hipótese existe alta do pré-natal.

- ✓ 40ª semanas de gestação: encaminhar a Maternidade de referência para realização de Cardiotocografia a cada 2 dias (preferencialmente pela manhã, após alimentar-se).
- ✓ 41ª semana de gestação: encaminhar a maternidade de referência para resolução do parto ressaltando a possibilidade da indução do trabalho de parto, retornar a UBS o mais breve possível, em casos de dúvidas junto a maternidade.
- ✓ Orientar a paciente que ela deverá voltar a UBS em até 7 dias após o parto para a consulta puerperal.

Encaminhamento ao PN de Alto Risco (PNAR)

Algumas gestantes podem apresentar complicações, identificadas durante o PN, que precisam de acompanhamento especializado. Nestes casos, deverão ser encaminhadas aos serviços de PNAR, mas deverão continuar também o acompanhamento nas UBS onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente as consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Deverá haver integração entre as UBS e os serviços de PNAR de referência para melhor condução conjunta dos casos.

Na rotina da consulta do PN – ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

➤ Anamnese:

- Pesquisar condições de risco: doenças prévias, passado obstétrico, antecedentes familiares, doenças e anormalidades atuais **a cada consulta**;
- Ouvir as queixas e relatos da gestante quanto à percepção atual da sua saúde e questionar sintomas, sinais e aspectos relevantes para o período da gestação.

Exame clínico geral: Obrigatório, para detectar sinais de anemia, edema, arritmias cardíacas, ou sinais de outras anormalidades, que possam sugerir doenças associadas;

Registrar peso, PA e calcular o IMC (durante a consulta pelo profissional assistente): estar atento para os padrões de normalidade da PA para gestantes, ganho de peso a cada mês e sinais de doenças favorecidas pela obesidade.

Critérios de Hipertensão

- Hipertensão arterial leve:

PA **sistólica** ≥ 140 e < 150 mmHg e/ou PA **diastólica** ≥ 90 e < 100 mmHg;

- Hipertensão arterial moderada:

PA **sistólica** entre ≥ 150 e < 160 mmHg e/ou PA **diastólica** ≥ 100 e < 110 mmHg;

- Hipertensão arterial grave:

PA **sistólica** ≥ 160 mmHg e/ou PA **diastólica** ≥ 110 mmHg.

Pacientes com pressão PAD >80 <89 mmHg PAS >130 <139 mmHg deverão realizar controle na UBS (com retorno semanal para reavaliação), afim de confirmar ou afastar doença hipertensiva que necessite de tratamento medicamentoso e/ou PNAR.

PA SISTÓLICA

_____ O **HAS LEVE** _____ O **HAS MOD** _____ O **HAS GRAVE**
140 mmHg 150 mmHg 160 mmHg

PA DIASTÓLICA

_____ O **HAS LEVE** _____ O **HAS MOD** _____ O **HAS GRAVE**
90 mmHg 100 mmHg 110 mmHg

Parâmetros IMC

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14 ^o .semana	Ganho de peso (kg) semanal no 2 ^o e 3 ^o trimestres (a partir da 14 ^a semana)	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (IMC < 18,5)	1,0-3,0	0,51 (0,44–0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 ≤ IMC ≤ 24,9)	1,0-3,0	0,42 (0,35–0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25 ≤ IMC ≤ 29,9)	1,0-3,0	0,28 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade ≥ 30,0	0,2-2,0	0,22 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Institute of Medicine, 2013.¹⁶

➤ Exame ginecológico:

- Exame das mamas: o objetivo é detectar nódulos palpáveis que poderão crescer rapidamente sob o efeito hormonal da gestação e orientar o preparo das mamas para a amamentação;
- Exame dos genitais externos e especular: obrigatório na primeira consulta e no terceiro trimestre (avaliar o conteúdo vaginal com o objetivo de identificar infecções que possam favorecer o parto prematuro) ou sempre que houver queixa de sangramento, secreção vaginal, prurido, verrugas, dor ou ardor vulvar ou vaginal;

- **Exame obstétrico:** medir altura uterina (verificar se está compatível com a idade gestacional), ouvir os batimentos cardíacos fetais a partir da 12^a semana de gestação, verificar se há movimentação fetal (MF) e a presença de contrações uterinas (caso a paciente tenha queixa de dor abdominal no segundo ou terceiro trimestre). O toque vaginal, para avaliar a evolução do preparo do colo uterino para o parto, deverá ser realizado a partir de 37 semanas na paciente que não apresente condição que impeça este procedimento, como por exemplo, placenta prévia, rotura de membranas ou tratamento na gestação de trabalho de parto prematuro.

Mobilograma

Tem por objetivo a avaliação materna do número de movimentos fetais em diferentes períodos do dia, uma vez que a presença de atividade fetal é indicativa de bem-estar fetal. A atividade fetal pode sofrer influência tanto de fatores internos, como alterações placentárias, doenças maternas ou má-formação fetal, assim como de fatores externos, como atividade materna exagerada, uso de medicamentos sedativos, de álcool e de cigarros. Nas gestações de risco habitual, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34^a semana de gestação e nas de alto risco a partir da 26^a semana. Há várias formas de realizar essa avaliação, porém, a que parece ser mais apropriada, é contar os movimentos fetais durante uma hora, em decúbito lateral esquerdo, após as refeições. Quatro ou mais movimentos fetais em uma hora são considerados tranquilizadores; se esses movimentos estiverem diminuídos, deve-se procurar atendimento médico para realizar uma avaliação complementar como a cardiotocografia. Outra forma é avaliar os movimentos fetais ao longo do dia,

caso a mãe observe que houve uma diminuição dos movimentos em 50% em relação ao dia anterior ou se no total houve menos de 10 movimentos ao longo do dia, ela deve procurar atendimento médico.

Fonte : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Cardiotocografia anteparto. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 17/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal)

EXAMES DA ROTINA DO PN:

➤ **Tipagem sanguínea e fator Rh**

Se a gestante for Rh positivo, não há necessidade de nenhum outro exame adicional;

Se a gestante for RH negativo e não houver possibilidade de confirmação do Rh do parceiro, deve ser solicitado o Coombs Indireto (CI). Se o CI for negativo, deve ser repetido mensalmente até 27 semanas de gestação, quando então, se continuar negativo, deve ser feita a imunoglobulina anti-RH. A imunoglobulina anti-RH deverá ser repetida após o nascimento, se o RN for Rh positivo e deve também ser aplicada em casos de sangramento na gestação, abortamentos ou óbitos fetais até 72 horas do evento.

- **Hemograma completo** – identifica problemas como, por exemplo, anemia que é comum na gravidez e deve ser tratada. Permite suspeitar da presença de infecções. É o exame utilizado para avaliar as três principais linhagens de células do sangue: hemácias, leucócitos e plaquetas. Ele é utilizado para o diagnóstico de várias doenças, incluindo anemia, infecções e leucemia.

Anemia ferropriva: Hb < 11g/dL

- **Teste rápido (TR) de sífilis** – é um teste treponêmico e identifica a sífilis, uma doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o RN durante a gravidez.

Em caso de TR positivo, a gestante deverá receber a primeira dose imediatamente, seu parceiro deve ser tratado concomitantemente ou o mais rapidamente possível, pois caso o parceiro não se trate, a gestante pode ser re- infectada. Nesse caso coletar as sorologias da gestante imediatamente (não deixar para coletar em outro momento)

O teste deve ser realizado **no momento do diagnóstico da gravidez e repetido com 32 semanas**, na gestante até então, negativa para sífilis.

- **TR para HIV** – identifica o vírus causador da AIDS, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de impedir a transmissão vertical para o feto. Deverá ser realizado o TR de HIV no momento da confirmação da gravidez e caso positivo, encaminhar **imediatamente** a gestante para o serviço especializado (SAE ou CRDST-Aids).
- **Sorologia para HIV (ELISA)**: deve ser solicitada na primeira consulta, no segundo trimestre e no início do terceiro trimestre (28 semanas de gestação).
- **Sorologia para Sífilis**: faz parte da rotina do PN para diagnóstico de sífilis na gestação. Deve ser solicitada, independentemente da realização do TR para sífilis. Deve ser realizada nos três

trimestres, sendo a primeira na 1ª. consulta do PN, a segunda no segundo trimestre (ao redor da 20ª. semana de gestação), e a terceira, na 28ª. semana.

Na rotina do município de São Paulo, a sequência de exames sorológicos para sífilis com testes treponêmicos (ELISA/TPHA) e o teste não treponêmico (VDRL) é feita automaticamente, sem a necessidade de especificar qual exame deverá ser realizado. O resultado é liberado como “*amostra reagente para sífilis*” ou “*amostra não reagente para sífilis*”.

VDRL: é de fundamental importância para o acompanhamento do tratamento da sífilis na gestante. *Na gestante com sífilis na gestação o VDRL será realizado **mensalmente**.*

- Quando não tratada, a sífilis pode causar aborto, morte do feto, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, malformações, e morte do recém-nascido.

Rastreamento de DM diagnosticada na gestação/DMG

Glicemia de jejum – Realizar na primeira consulta do PN (resultado normal abaixo de 92 mg%)

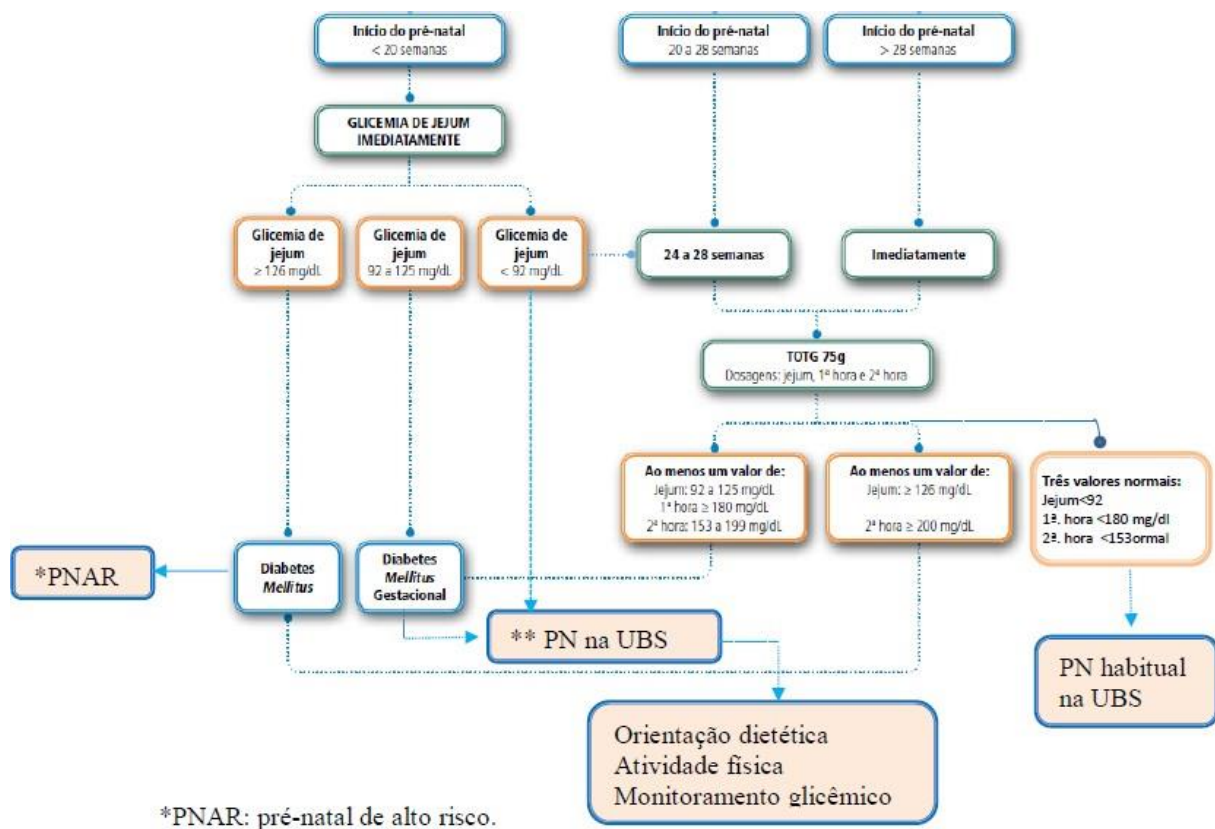
link:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PROTOCOLO_DIABETES_MELLITUS_GESTACIONAL_DIAGNOSTICO_TRATAMENTO_E_MONITORAMENTO_11_1_2021.pdf

Todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum na UBS (até 20 semanas de idade gestacional) para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticado na gestação;

Todas as gestantes com glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL devem realizar um segundo rastreamento com o TOTG (Teste de Tolerância Oral à Glicose) com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas.

Após 28 sem TOTG de 75 g de glicose imediato com a maior brevidade possível.

FLUXOGRAMA



Fonte: protocolo de Diabetes Gestacional PMSP2020.

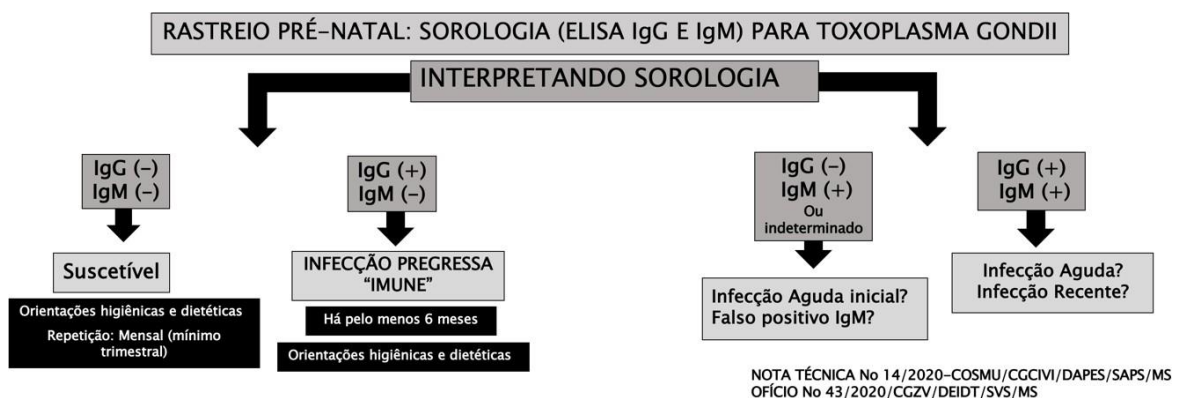
- **Urina I:** permite suspeitar de infecção urinária e indícios de diabetes e hipertensão na gestação. Deve ser realizado um a cada trimestre. Atenção aos traços de glicose e proteínas no exame de urina I.
- **Urocultura e antibiograma s/n** – confirma a presença de infecção urinária, que deve ser tratada o mais precocemente possível. Deve ser realizada uma por trimestre.
- **Testes para hepatite B (HBsAg/ AntiHBc total)** – identificam a infecção pelo vírus da hepatite B, que pode passar da mãe para o RN durante a gravidez e principalmente durante o parto. O RN, na presença do vírus na mãe, poderá ser protegido se receber a vacina e a imunoglobulina para hepatite B nas primeiras 12 horas após o parto.
- **Teste para Hepatite C (anti HCV)** - para avaliar contato com o vírus da Hepatite C (VHC), deve ser solicitado para todas as gestantes na primeira consulta (utilizando preferencialmente o teste rápido). A confirmação da doença em atividade deve ser com a realização do PCR para o VHC. A Transmissão Vertical do VHC ocorre principalmente durante o parto. Em casos positivos, encaminhar para referência especializada.

- **HTLV:** Solicitar sorologia para todas as gestantes na primeira consulta de Pré-natal. As recomendações para a prevenção da TV do HTLV são:
 - Uso de preservativo em todas as relações sexuais;
 - Oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis.
 - Contraindicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2, sendo recomendado o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis.
- **Exame de toxoplasmose IgG/ IgM** – identifica se a gestante tem toxoplasmose. Esta doença pode ser adquirida pela ingestão de alimentos contaminados. Deverá ser repetido no 2º e 3º trimestre se estiver inicialmente negativo, se IgM positivo consultar protocolo de toxoplasmose na gestação.

link:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NotaTecnicaToxopGestaRN04_10_22.pdf

FLUXOGRAMA



- **Estreptococos do grupo B (EGB):** principal agente de sepse neonatal de origem materna. Deve-se realizar a pesquisa do EGB em toda gestante entre 35 e 37 semanas de idade gestacional (IG) em material obtido por meio de “swab” colhido do terço distal da vagina e retal.
- **Eletroforese de hemoglobina** – identifica a doença falciforme e a talassemia, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez. *Deve ser realizada se houver suspeita da doença (mulheres negras, antecedente familiares de anemia falciforme ou história de anemia crônica).*
- **TSH:** solicitar para as gestantes com idade materna superior a 30 anos, histórico de doença autoimune na família, IMC>30, histórico de abortamentos ou partos prematuros. na primeira consulta de PN. Suspeita-se ser um caso de hipotireoidismo subclínico com TSH acima de 10 mU/L;

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);

- 3º trimestre (0.3 a 3 mU/L).

O rastreamento universal de hipotireoidismo em gestantes assintomáticas **não é recomendado**.

Fonte: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-as-recomendacoes-para-tratamento-de-hipotireoidismo-subclinico-na-gestacao/#:~:text=O%20TSH%20deve%20ser%20aferido,menos%20uma%20vez%20por%20trimestre>.

- **Exame preventivo de câncer de colo de útero** – deverá ser coletado em todas as gestantes. (Protocolo do INCA: Coletar citologia oncológica em mulheres entre 25-64 anos que não tenham realizado o exame nos últimos dois anos ou nunca realizaram o exame).

- **Ultrassonografia Obstétrica:**

Ultrassom obstétrico (preferencialmente entre a 11ª semana até 20ª semana)

Complementação diagnóstica por imagem

Recomenda-se , a critério médico, considerar a Nota Técnica 002/2020

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOTA_TECNICA_002_2020_SA_UDE_DA_MULHER_13_8_2020_USG_MORFOLOGICO.pdf

Exames para o companheiro – todos os homens adultos, jovens e adolescentes cuja parceira está em acompanhamento do pré-natal têm direito a realizar exames e vacinas. No caso dos homens deverá ser realizado o “Pré-Natal do Parceiro”.

VACINAS NO PRÉ-NATAL:

É necessário verificar a condição vacinal da gestante:

- **Vacina antitetânica (dT) e Vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche)** – a dT protege contra o tétano no RN e na gestante e a dTpa protege a gestante e o bebê contra tétano, difteria e coqueluche.

Caso esta não tenha sido vacinada, ou tenha recebido o esquema há mais de 5 anos ou seu estado vacinal seja desconhecido ou incompleto, deve-se iniciar a vacinação o mais precocemente possível com três doses: 2 doses dT e 1 dose dTpa (preferencialmente entre 20 e 28 semanas , e no máximo até 36 semanas de gestação);

Se a gestante já foi vacinada há menos de cinco anos ou esquema vacinal completo: obrigatória uma dose de dTpa (preferencialmente entre 20 e 28 semanas, e no máximo até 36 semanas de gestação).

- **Vacina contra a hepatite B** – caso a gestante não tenha sido seja vacinada, deve tomar três doses , iniciando no primeiro trimestre.
- **Vacina contra gripe (influenza)** – recomenda-se para toda gestante puérpera durante a campanha de vacinação.

Tipos de vacinas	Recomendação	Intervalo entre as doses
Hepatite B (HBV)	O Ministério da Saúde recomenda a vacinação de toda gestante que apresente sorologia negativa para HBV	Primeira dose – primeira consulta; segunda dose – 30 dias após a primeira; terceira dose – seis meses após a primeira.
Influenza (inativada)	Recomendada a toda gestante, em qualquer trimestre, durante o período sazonal da epidemia.	Dose única na gravidez, conforme campanha do Ministério da Saúde.
Tétano, difteria e coqueluche (dTpa)	Recomendada por CDC, ACOG, FEBRASGO e Ministério da Saúde	Primeira dose antes de 20 semanas (dT); segunda dose a partir de 20 semanas (dTpa); terceira dose com 36 semanas (dT). Deve ser aplicada pelo menos até 20 dias antes do parto.

Fonte: ACIP Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Pregnancy guidelines and recommendations by vaccine. USA: CDC; 2016. [last updated August 2016; cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp-toolkit/guidelines.html>. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Técnico 19ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. p.1–44. (2,17)

- **Vacina contra Covid-19(Sars Cov2)**, toda gestante e puérpera deverá receber o esquema recomendado dos imunizantes da Pfizer ou Coronavac, segundo protocolo do Ministério da Saúde.

O Programa Nacional de Imunizações [PNI] recomenda que as gestantes e puérperas recentes recebam as duas doses da vacina da Pfizer [mRNA] e alternativamente a de vírus inativado [Coronavac] nos locais aonde não estiver disponível a da Pfizer. O PNI contra indica as vacinas de vetor viral [AstraZeneca e Janssen] para as mulheres nesse período especial.

Durante as consultas os médicos devem oferecer informações sobre o risco da doença e a segurança das vacinas aprovadas no país, sobretudo com a necessidade de ter o esquema completo das duas doses. Lembrar sempre da importância da segunda dose e também para as mulheres que completaram seu esquema vacinal há mais de 6 meses e que agora se encontram gestantes, recomendar a dose de reforço ou terceira dose com esquema homólogo, se a vacinação anterior utilizou as vacinas recomendadas na gestação, ou heterólogo com a vacina da Pfizer. Os trabalhos recentes indicam uma perda de imunidade após 6 meses da segunda dose. Daí a necessidade de se recomendar a dose de reforço.

Dose de reforço Bivalente

RECOMENDAÇÃO DE USO. Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários (incluindo gestantes e puérperas) que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação. Puerpério: período que dura até 45 dias após o parto. Devem apresentar a declaração de nascimento da criança no momento da vacinação.

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/instrutivo_04_2023_vacinacao_COVID19_20_03_2023.pdf

➤ **MEDICAÇÕES DE ROTINA DO PRÉ-NATAL:**

- **Ácido fólico** (40 gotas =0,4mg/dia). O Ideal é iniciar três meses antes da gestação e manter durante toda a gestação;
- **Sulfato ferroso** (40 mg de ferro elementar/dia) para todas as gestantes até o final da gravidez: prevenção de anemia ferropriva.
- **Carbonato de cálcio** (2 comprimidos de 1250mg/dia) para TODAS as gestantes da 16ª semana até a 36ª semana de gestação: prevenção de pré- eclampsia

Ácido Acetilsalicílico 100mg (Prevenção de Pré eclampsia)

- Pacientes com 1 fator de alto risco ou 2 fatores moderados(conforme tabela abaixo deverão receber 1 comprimido de ácido acetilsalicílico(100mg) 1 vez ao dia
- Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª semana, mas podendo ser iniciado até a 20ª semana) mantendo-se até a 36ª semana.
- Recomenda-se a suspensão do AAS se diagnóstico de pré-eclampsia.

Quadro 1: Fatores de risco clínicos recomendados para a identificação de gestantes com necessidade de prevenção. [ACOG, 2018; Scott et al., RBEHG, 2020; SO-GESP, 2022].

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
ALTO (um fator de risco)	História de pré-eclampsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
	Gestação decorrente de reprodução assistida
MODERADO (≥ 2 fatores de risco)	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclampsia (Mãe e/ou irmãs)
	Idade ≥ 35 anos
	Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação

Fonte: Pré-eclampsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.

MOBIOLOGRAMA: O mobilograma é um instrumento de registro dos movimentos fetais, que avalia o bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional. A presença de quatro a seis movimentos fetais em uma hora representa prognóstico fetal tranquilizador. Caso a quantidade de movimentos seja inferior, deve-se repetir o procedimento e se permanecer, a paciente deve procurar uma unidade de saúde. Para realizar o mobilograma, a gestante deve inicialmente se alimentar (o jejum prolongado reduz a movimentação fetal), sendo importante que a sua atenção esteja voltada para a captação dos movimentos; para isto, ela deve estar em lugar tranquilo e preferencialmente em decúbito lateral esquerdo (DLE).

CUIDADOS ESPECIAIS NO PN DE GESTANTES COM ALTA VULNERABILIDADE

(População em situação de rua, usuárias de drogas, imigrantes, situação de exclusão social).

Deverá ser realizada **toda a rotina do PN habitual acrescida** de:

- **TR de sífilis e HIV:** Testar todas as gestantes para prevenção da transmissão vertical do HIV e IST em qualquer momento, sempre que houver exposição de risco e/ou violência sexual.
- **Sorologia para Sífilis:** mais uma sorologia na 34^a. semana;
- **Sorologia para HIV** – mais uma sorologia na 34^a. semana;

Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar

Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento.

Anemia grave ($Hb \leq 7$ g/dL).

Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão.

Crise hipertensiva ($PA \geq 160/110$ mmHg).

Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria).

Eclâmpsia/convulsões.

Hipertermia (Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}C$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores.

Suspeita de trombose venosa profunda.

Suspeita/diagnóstico de abdome agudo.

Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.

Prurido gestacional/ictêria.

Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia).

Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

fonte: Manual de Gestação de Alto Risco Ministério da saúde.

Responsáveis pela revisão deste documento - 28 de Abril de 2023

Área Técnica de Saúde da Mulher

SMS-DRA SONIA RAQUEL W C M LEAL/ CRSSUL - DR EDGAR R BRITO

Colaboradores

SMS- Dra Cláudia Giaccio

CRSS NORTE- Dr José Joaquim R Filho

CRSS OESTE – Dra Flávia A Raffaelli

CRSSUL- Dra Sarah Saul

CRSS LESTE- Dra Mona Lisa P Carvalho

CRS SUDESTE – Dra Adriana G Santana

Referências Bibliográficas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal**. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>>.

Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Imunização ativa e passiva durante a gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 12/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

<http://www.febRASGO.org.br/pt/covid19/item/1370-recomendacoes-febrasgo-para-diminuir-a-hesitacao-vacinal?highlight=WYJjb3ZpZCIsInZhY2luYVx1MDBGIN1x1MDBGIM28iXQ==>

Institute of Medicine. National Research Council. implementing guidelines on weight gain and pregnancy. Washington (DC): The National Academies Press; 2013.

Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Sass N. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023

