



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 251/18 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da Presidência da República, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha;

a Portaria SAS/MS nº 650, de 05 de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha;

a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

o Caderno de Atenção Básica nº 32 de 2012, Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco;

o Guia do Pré-natal do Parceiro para os Profissionais de Saúde, de 2016;

o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, de 2016;

o Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia Pré-natal de Alto Risco do Telessaúde do RS, de 2016;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 12/07/2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Nota Técnica de atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução.

Art. 2º - Subsidiar as equipes de Atenção Básica na perspectiva da qualificação da assistência pré-natal, através de definição de critérios para a estratificação de risco das gestantes e suporte para tomada de decisão clínica para as gestantes de risco habitual na Atenção Básica.

Art. 3º - Publicizar o rol de exames preconizados pelo Ministério da Saúde como rotina no pré-natal de risco habitual.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de publicação.

Porto Alegre, 13 de julho de 2018.

FRANCISCO A. Z. PAZ
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO – RESOLUÇÃO Nº 251/18 – CIB/RS

**DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR – DAHA**

NOTA TÉCNICA 02/2018 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

• INTRODUÇÃO

A Atenção Básica de Saúde é a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema Único de Saúde. O acompanhamento pré-natal adequado possibilita o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto negativo para a saúde materna. O acompanhamento pré-natal deve considerar os aspectos psicossociais da gestante e contemplar atividades educativas e preventivas. O principal indicador de prognóstico do nascimento é o acesso ao pré-natal.

Esta Nota Técnica tem como objetivo subsidiar as equipes de Atenção Básica na perspectiva da qualificação da assistência pré-natal, através definição de critérios para a estratificação de risco das gestantes e suporte para tomada de decisão clínica para as gestantes de risco habitual nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2. O ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA

A equipe da Atenção Básica deve prestar um cuidado integral, contemplando a proteção e a promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades das gestantes, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo;

O início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, a Atenção Básica deve estar atenta ao território, para a captação precoce das gestantes, preferencialmente até 12ª semana. A busca ativa é fundamental, e nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais as gestantes. Nos municípios onde o Primeira Infância Melhor (PIM/RS) estiver implantado o visitador também pode contribuir na busca ativa;

O cuidado pré-natal deve ser compartilhado entre todos os profissionais da equipe, buscando assim, contemplar suas necessidades biopsicossociais. Minimamente, devem ser realizadas três consultas médicas (Médico de Família e Comunidade ou Generalista), três consultas de enfermagem, uma consulta odontológica, outros profissionais podem compor o acompanhamento das gestantes, caso necessário;

Devem-se garantir consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais até 36ª semana e semanais até o parto. Não existe alta do pré-natal: o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal encerra-se após a realização de ao menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal;

O parceiro da gestante deve ter acesso ao acompanhamento pré-natal, bem como ter a garantia de oferta de testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatite B e C na UBS;

Todas as consultas, visitas, atividades educativas e outras ações devem ser registradas no Prontuário Eletrônico e-SUS ou prontuário próprio com thirt para o SISAB;

Todas as gestantes devem ter o seu risco gestacional estratificado a cada consulta, assim como, a avaliação e classificação de vulnerabilidade e risco social. Em caso de identificação de risco previsto de acompanhamento por visitadores do PIM, naqueles municípios com adesão à política, pode ser indicado o acompanhamento pelos visitadores do PIM do território ou itinerante.

Toda gestante deve ter conhecimento do serviço de referência para realização do parto e direito à vinculação, evitando a peregrinação de gestantes;

As gestantes estratificadas como de alto risco devem manter o acompanhamento



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

regular na UBS, uma vez que a equipe de saúde da Atenção Básica é a coordenadora e responsável do seu cuidado longitudinal; sendo o cuidado compartilhado com o serviço de alto risco.

Os serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos quando se faz necessário cuidado adicional, e devem estabelecer uma comunicação efetiva com o nível primário (plano de cuidado compartilhado);

A consulta puerperal deve ser garantida, se não houver o comparecimento da puérpera na UBS deve-se realizar busca ativa. A consulta deve contemplar: avaliação de sintomas preditivos de infecções e hemorragias, dificuldades com aleitamento materno, cuidados com recém-nascido, aspectos emocionais relacionados ao puerpério, apoio familiar e planejamento sexual reprodutivo.

Como a transmissão vertical do HIV também pode ocorrer através do aleitamento materno, a consulta puerperal deve ser uma oportunidade para testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. A puérpera deve ser orientada sobre estratégias de prevenção combinada, como uso de preservativos, avaliada a necessidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no caso de uma exposição de risco em até 72h, entre outras. Preconiza-se que a consulta na UBS do recém-nascido, ocorra entre o terceiro e o quinto dia de vida, devendo ser agendado antes da alta da maternidade, através do contato com Unidade Básica de Saúde de referência da puérpera.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A estratificação de risco a cada consulta é um processo dinâmico de identificação das gestantes que necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam de encaminhamento para serviço especializado estão contempladas nessa nota técnica. Entretanto, existem outras condições e intercorrências da gestação que não foram contempladas. É responsabilidade da equipe tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme avaliação e protocolos. Em caso de dúvidas consultar o TelessaúdeRS.

3.1 Fatores de risco que devem ser atendidos pelo pré-natal de risco habitual na atenção básica (85% das gestantes estimadas)

Todas as gestantes sem fator de risco encontrado em estratificação devem ter seu pré-natal realizado na Atenção Básica: a seguir, lista-se os principais fatores de risco que são atribuídos à condição de risco habitual, devendo as gestantes serem atendidas no mesmo nível de atenção.

3.1.1 Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- IMC (Índice de Massa Corporal) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade com $IMC < 40 \text{ Kg/m}^2$.

3.1.2 Fatores relacionados à ocupação:

- Esforço físico excessivo;
- Carga horária extensa;
- Rotatividade de horário;
- Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos;
- Estresse.

3.1.3 Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

3.1.4 Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia;
- Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis

3.2 Fatores de risco que devem ser encaminhados ao pré-natal de alto risco em ambulatório especializado em nível secundário ou terciário (15% das gestantes estimadas)

3.2.1 Hipertensão em Gestantes

Hipertensão crônica: (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20^o semana gestacional) com:

- lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
- uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou suspeita de hipertensão secundária; ou
- tabagismo; ou
- idade materna ≥ 40 anos; ou
- diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou
- mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI durante a gestação).

Hipertensão gestacional:

- diagnosticada após 20^o semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia); ou
- diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou
- em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI durante a gestação).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

Crise hipertensiva: (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg)

Suspeita de pré-eclâmpsia: (PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg) detectada após 20^o semana gestacional associada a:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- proteinúria (relação proteinúria/creatinúria $\geq 0,3$ ou fita reagente $\geq 1+$); e/ou
- sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas):
 - cefaleia persistente ou grave,
 - anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia),
 - dor abdominal ou epigástrica,
 - náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal,
 - confusão mental.

Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica: Hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a:

- piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou
- sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.

Eclâmpsia: Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.

3.2.2 Diabetes em Gestantes

Diagnóstico de diabetes mellitus: (estabelecido antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum > 126 mg/dl); ou

Diabetes gestacional e:

- ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas e uso de hipoglicemiante oral; ou
- gestante com hipertensão crônica.

3.2.3 Anemias em Gestantes

Anemias em gestantes: não há indicação de referenciar ao serviço especializado gestantes com traço falciforme.

- gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou
- hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou
- hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias); ou
- hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- anemia com sinais ou sintomas de gravidade (como dispnéia, taquicardia, hipotensão).

3.2.4 Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou
- paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia e Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de hipertireoidismo

3.2.5 Gestação com Abortamento Recorrente

Gestante com história de abortamento recorrente:

- perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade < 35 anos; ou
- perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade > 35 anos;
- presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípide, (considerar pelo menos um dos critérios clínicos):



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- **Trombose vascular¹**: um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial.
- **Morbidade obstétrica**:
 - uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais a partir da 10^o semana de gestação.
 - um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave.
 - três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10^o semana, com causa cromossômica excluída.

História prévia de incompetência istmo-cervical²:

- dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo; ou
- suspeita atual de incompetência istmo-cervical (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- Sinais e sintomas sugestivo de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular).

3.2.6 Hepatite B e C em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia (Hepatites virais) ou Infectologia³:

- hepatite viral aguda por vírus C ou
- hepatite viral crônica por vírus C; ou
- hepatite viral crônica por vírus B.

3.2.7 HIV em Gestantes

Gestante com diagnóstico de HIV/AIDS: devem ser referenciadas com plano de cuidado para Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) de referência regional e/ou municipal para manejo clínico do HIV/Aids, devendo ter seu cuidado compartilhado com Atenção Básica.

3.2.8 Toxoplasmose em Gestantes

- suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou
- pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

3.2.9 Condiloma Acuminado /Verrugas Virais em Gestantes

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); ou gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.

1 Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária a Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fracionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas).

2 Gestante com história prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical deve iniciar progestágeno (progesterona micronizada via vaginal 100 a 200 mg/dia a partir da 16 semana de gestação) enquanto aguarda consulta em serviço especializado.

3 Colocar no sistema eletrônico de regulação e contatar o Complexo Regulador Estadual pelo e-mail (ambulatorials@saude.rs.gov.br)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal)/verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses. (indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia).

3.2.10 Sífilis em Gestantes

- gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina); ou
- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou
- gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

3.2.11 Alterações Ecográficas na Gestação

Alterações no Líquido Amniótico:

- oligodrâmnio (ILA menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsão < 2 cm); ou
- polidrâmnio consequente à anomalia fetal; ou
- polidrâmnio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsão > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica.

Alterações Placentárias:

- placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional; ou
- placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou
- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); ou
- inserção velamentosa do cordão.

Alterações fetais:

- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Medicina Fetal):

- fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais, como: fenda labial ou palatina, sindactília, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocele/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).

3.2.12 Isoimunização RH

- gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou
- gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título; ou
- gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

3.2.13 Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual

Condições fetais

- gemelaridade; ou
- suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.

Condições maternas

- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou
- pneumopatias graves; ou
- nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite); ou



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática) ; ou
- doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); ou
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenoses); ou
- deformidade esquelética materna grave; ou
- desnutrição ou obesidade mórbida; ou
- diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou
- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou
- tromboembolismo venoso prévio⁴ .

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria:

- doenças psiquiátricas graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).

3.2.14 Condições Clínicas de Risco em Gestação Prévia

Condições fetais:

- história de óbito fetal no 3º trimestre.

Condições maternas:

- mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação); ou
- acretismo placentário em gestação anterior; ou
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

Observações:

- Gestantes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas devem ser referenciadas com plano de cuidado para ações compartilhadas e integradas às Unidades de Saúde, Consultório na Rua e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade da gestante;
- Gestantes em situação de vulnerabilidade social devem ser referenciadas para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Gravidezes resultante de estupro devem ser encaminhadas para atendimento em violência sexual onde terá direito a decidir sobre interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

4. TELECONSULTORIA CLÍNICA

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica ou em situações não contempladas nesta Nota Técnica para qualificar o cuidado da gestante na Atenção Básica.

As teleconsultorias, para o esclarecimento de dúvidas sobre diagnóstico e tratamento, são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**.

O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08 às 17h30min, podendo acessar o serviço os/as profissionais médicos/as, enfermeiros/as, dentistas, nutricionistas,

⁴ Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas). Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

fisioterapeutas, farmacêuticos/as, educadores físicos, assistentes sociais e psicólogos/as da Atenção Básica do Brasil.

Mais informações podem ser acessadas no site do TelessaúdeRS:
<https://www.ufrgs.br/telessauders/>.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
3. _____. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-natal do Parceiro para os Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf
4. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
5. Portaria MS/SAS nº 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha, conforme consta no § 2º do Art. 8º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html
6. Portaria GM/MS nº 1.631 - **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/PT-PAR--METROS.pdf>
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>>
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 85 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>>
9. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Resolução nº 236/14 – CIB/RS**. Instituir incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Integral à Saúde do Homem (PEAISH) no âmbito da rede SUS do Estado do Rio Grande do Sul, com ênfase no fortalecimento da atenção básica em saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110114-1402422792-cibr236-14.pdf>>

10. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. RegulaSUS. **Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia Pré-Natal de Alto Risco.** TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS_20160324.pdf



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I

Para uma assistência pré-natal efetiva, orienta-se garantir:

Estrutura mínima para assistência do pré-natal do (a) médico (a) de família e comunidade/generalista e do (a) enfermeiro (a) para atender às reais necessidades das gestantes, mediante os conhecimentos técnico-científicos;
Identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal, ainda no 1º trimestre da gravidez;
Oferta do teste rápido de gravidez na unidade de saúde;
Realização do cadastro da gestante, depois de confirmada a gravidez, bem como fornecimento e preenchimento da Caderneta da Gestante;
Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
Imunização antitetânica e para hepatite B;
Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto;
Busca ativa das gestantes com dificuldades de adesão ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;

Equipamentos e instrumentais mínimos, devendo ser garantida a existência de:

Mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada;
Mesa de exame ginecológico;
Escada de dois degraus;
Foco de luz;
Lençol e avental para gestante;
Balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300 kg;
Esfigmomanômetro;
Estetoscópio clínico;
Fita métrica flexível e inelástica;
Espéculos
Pinças de Cheron;
Material para realização do exame citopatológico (lâmina, lamínula, espátula de Ayre e fixador);
Gaze, compressas, soro fisiológico;
Sonar Doppler (se possível);
Gestograma ou disco obstétrico;
Potes para coleta de exame de urina e realização de teste de gravidez;
Luvas de procedimentos;
Aparelho de hemoglicoteste (HGT);
Suporte para esterilização dos materiais necessários.

Observações: os exames especificados abaixo referem-se aos parâmetros assistenciais da Rede Materno-Infantil estabelecidos como rotina no pré-natal de baixo risco, os profissionais poderão solicitar exames complementares, conforme avaliação da equipe e de acordo com protocolos clínicos. É de competência técnica dos profissionais, médicos (as) /enfermeiros (a) a solicitação dos exames do pré-natal.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 1: Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco:

EXAME	CÓDIGO DO EXAME	PERÍODO	PARÂMETRO
Hemoglobina	020202030	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Hematócrito	0202020371	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Eletroforese de hemoglobina	0202020355	1ª consulta	1 exame
Tipo sanguíneo Fator Rh	0202120023 0202120082	1ª consulta	1 exame
Coombs indireto (quando Rh negativo)	0202120090	A partir da 24ª semana	1 exame
Glicemia em jejum	0202010473	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	0202010040	Entre a 24ª e 28ª semanas	1 exame
Urina tipo I	0202050017	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Urocultura	0202080080	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Antibiograma	0202080013	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Teste rápido de proteinúria		Indicado para mulheres com hipertensão na gravidez	1 exame
Teste rápido (TR) para Sífilis ou VDRL ⁵	TR: 0214010082 VDRL: 0202031110	1ª consulta e 3º trimestre (28ª semana) e Puerpério	3 exames
Teste rápido (TR) para detecção de HIV ⁶	0214010040	1ª consulta e 3º trimestre e Puerpério	3 exames
Sorologia hepatite B (HbsAg)	0202030970	1ª consulta e 3º trimestre	2 exames
Teste rápido para detecção hepatite B ⁷	0214010104	Puerpério	1 exame
Toxoplasmose IgG e IgM ⁸	IgG: 0202030768 IgM: 0202030873	1ª consulta, 2º e 3º trimestre	6 exames
Parasitológico de fezes	0202040089	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	1 exame
Ultrassom Obstétrico ⁹	0205020143	1ª trimestre (preferencialmente)	1 exame

Fonte: BRASIL (2012; 2015; 2016).

Quadro 2. Solicitação de testes rápidos no pré-natal do pai/parceiro¹⁰

EXAME	CÓDIGO DO EXAME
Teste rápido para Sífilis	0214010082
Teste rápido para detecção de HIV	0214010040
Teste rápido para detecção hepatite B	02140101054
Teste rápido para detecção da hepatite C	0214010090

⁵ O TR de sífilis é um teste treponêmico, nos casos reagentes, um teste não treponêmico deve ser realizado (VDRL). Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste. O VDRL deve ser realizado mensalmente nas gestantes e trimestralmente no parceiro, para monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis (BRASIL, 2015a).

⁶ Os TR de HIV são exames diagnósticos, as amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2, não necessitam de coleta de uma nova amostra para comprovação do diagnóstico (BRASIL, 2015b).

⁷ Na gestação está indicado a realização do HbsAg e no puerpério realizar TR hepatite B.

⁸ Em regiões de alta endemicidade, está indicado rastreamento adicional com pesquisa de anticorpos IgG e IgM a cada dois ou três meses, justificando a inclusão do rastreamento no 2º trimestre de gestação no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2013).

⁹ A ecografia obstétrica é uma ferramenta importante na avaliação da datação gestacional, com maior precisão quando solicitada no primeiro trimestre (até 12 semanas). Ecografias obstétricas realizadas entre 14 e 20 semanas são capazes de definir a IG com margem de erro de mais ou menos sete dias (BRASIL, 2011).

¹⁰ A solicitação de exames adicionais para o parceiro, deve considerar a avaliação clínica e as particularidades de cada indivíduo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 03 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	<ul style="list-style-type: none"> •Esquema vacinal desconhecido •Não vacinada 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª dose dT (qualquer idade gestacional) • 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira) • 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa. • A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores. • Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade
	Esquema Incompleto	Complementar Esquema	<ul style="list-style-type: none"> • Conforme o nº de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
	Esquema com Três doses de dT	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
	Vacinação completa	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
Hepatite	<ul style="list-style-type: none"> •Esquema vacinal desconhecido •Não vacinada • HBsAg (-) e Anti-HBs < 10 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª dose (após a 14ª semana de gestação) • 2ª dose (após 30 dias da primeira) • 3ª dose (após seis meses da primeira) 	
	Esquema incompleto	Complementar Esquema	<ul style="list-style-type: none"> • Conforme o nº de doses faltantes 	
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> • Em qualquer período gestacional 	Dose única	Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério