



Secretaria Municipal da Saúde

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

Agosto/2020

Departamento de Atenção Básica
Área Técnica de Saúde da Mulher



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Bruno Covas

Prefeito

Edson Aparecido dos Santos

Secretário Municipal da Saúde

Edjane Maria Torreão Brito

Secretária Adjunta

Armando Luis Palmieri

Chefe de Gabinete

Ivanilda Argenau Marques

Coordenadoria de Atenção à Saúde

Maria Cristina Honório dos Santos

Departamento de Atenção Básica

Sonia Raquel W C M Leal

Área Técnica de Saúde da Mulher

Organização: Lúcia Helena de Azevedo.

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Adalberto Kiochi Aguemí

Carlos Eduardo Pereira Vega

Claudia Maria Ricardo Serafim Giaccio

Lúcia Helena de Azevedo

Sônia Raquel W C M Leal

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

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.
- O cartão de PN deve ser cuidadosamente preenchido, e todos os dados, completados.
- Busca ativa da gestante e da gestante faltosa são estratégias importantes para o início precoce do PN e para garantir a sua realização integral.
- 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.

CONSULTA DO PRÉ-NATAL: deve ser realizada pelo médico ou profissional da enfermagem. Quando as duas categorias realizam o PN, as consultas devem ser intercaladas entre as duas categorias. O PN não deve ser realizado apenas pela enfermagem.

- Cronograma de consultas:
 - Até a 28ª semana – mensalmente;
 - Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
 - Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente;
 - A partir da 41ª semana, encaminhar a maternidade de referência para resolução do parto e já orientar a paciente que ela deverá voltar a UBS em até sete dias após o parto para a consulta puerperal.

- ENTRE 28 E 32 SEMANAS: deverá ser aferida a pressão arterial (PA) de todas as gestantes, uma vez por semana, com o intuito de rastrear a DHEG.
- EM NENHUMA HIPÓTESE EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL ANTES DO PARTO.

- 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 das UBS onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às 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 é obrigatório realizar:

- 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: importante, para detectar, sinais de anemia, edema, arritmias cardíacas, ou sinais de outras anormalidades, que possam sugerir doenças associadas;
- Verificar peso, PA e calcular o IMC: estar atento para os padrões de normalidade da PA para gestantes, ganho de peso a cada mês e sinais de doenças favorecidas pela obesidade.
- 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 12ª 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.

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 o pai do RN for Rh positivo, 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.
- Teste Rápido (TR) de sífilis – é um teste treponêmico e identifica sífilis, doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o RN durante a gravidez. Quando não tratada, a sífilis pode causar aborto, morte do feto, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, malformações, e morte do recém-nascido.

Em caso de TR positivo, tanto a gestante quanto seu parceiro deve ser tratado, o mais rápido possível, pois caso o parceiro não se trate, a gestante pode ser novamente infectada. 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 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.*
- Sorologia para HIV (ELISA): deve ser solicitada na primeira consulta, no segundo trimestre e no início do terceiro trimestre (28 semanas de gestação).
- Glicemia de jejum – Todas as gestantes devem realizar a glicemia de jejum na *primeira* consulta do PN (até 20 semanas de idade gestacional) para rastreamento do Diabetes Mellitus (DM) e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
- Teste de tolerância oral à glicose de 2 h (TOTG 75 g glicose):

Todas as gestantes com glicemia de jejum inferior a 92 mg/dl devem realizar um segundo rastreamento com o TOTG com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas.

Se o início do pré-natal (PN) ocorrer:

- Entre 20 e 28 semanas: realizar TOTG com 75 g de glicose entre 24 e 28 sem;
- Após 28 sem → TOTG de 75 g de glicose imediato com a maior brevidade possível.
- Urina I: permitem suspeitar de diabete, hipertensão e infecção urinária na gestação. Deve ser realizada uma em cada trimestre.
- 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. 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.
 - Exame de toxoplasmose IgG/ IgM – identifica se a mulher tem toxoplasmose. Esta doença pode ser adquirida pela ingestão de alimentos contaminados. Deverá ser repetido no 2º e 3º trimestre se estiver inicialmente, negativo.
 - 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.*
 - Exame preventivo de câncer de colo de útero – deverá ser coletado em todas as gestantes que não o realizaram, segundo o protocolo do Ministério da Saúde.
 - Ultrassonografia (US) Obstétrica: realizar no primeiro e terceiro trimestre da gestação.
 - Ultrassonografia morfológica:
 - Indicações habituais: Idade materna acima de 35 anos (realizar preferencialmente US morfológico do 1º trimestre), diabéticas tipo 1 ou tipo 2, gestação múltipla, infecção materna aguda com possível repercussão fetal (zika, sífilis, toxoplasmose, citomegalovirose), exposição a drogas e/ou agentes ambientais (ex. radiação) potencialmente teratogênicos, US obstétrico com suspeita de malformação fetal, US obstétrico sugestivo de restrição do crescimento fetal
 - História pregressa: antecedente de malformação fetal, história familiar de malformações fetais, abortamento habitual, óbito fetal ou neonatal sem etiologia definida.
- Quando indicado, deverá ser realizado entre 11 e 14 semanas (US morfológico do 1º trimestre) e entre a 18ª semana e a 24ª semana (US morfológico do 2º trimestre).
- 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:

- 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.
 - É necessário verificar a condição vacinal da gestante:
 - Caso esta não tenha sido vacinada ou seu estado vacinal seja desconhecido, 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 mais de cinco anos ou esquema vacinal incompleto: 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 vacinada, deve tomar três doses para ficar protegida, iniciando no primeiro trimestre.

- Vacina contra gripe (influenza) – recomenda-se para toda gestante puérpera durante a campanha de vacinação.

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;
- Carbonato de cálcio (1ou 2 comprimidos de 1250mg/dia) para TODAS as gestantes da 16ª semana até a 36ª semana de gestação: prevenção de pré-eclâmpsia;
- Sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) para todas as gestantes até o final da gravidez: prevenção de anemia ferropriva.

MOBILOGRAMA: 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 pelo menos 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.⁵ 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).

Data	Manhã (nº de MF)	Tarde (nº de MF)	Noite (nº de MF)

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:

- Sorologia de Hepatite C (Anti HCV) – Solicitar na primeira consulta;
- 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 34ª semana;
- Sorologia para HIV – mais uma sorologia na 34ª semana;