

**GESTARSUS**

**Manual para  
acompanhamento  
qualificado da  
gestante na  
Atenção Primária à  
Saúde**



# ORGANIZAÇÃO

A organização, sistematização e revisão do presente manual foram realizadas por

**Eduardo Henrique Wentz Ribeiro e Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha**

## AUTORES

**Ana Beatriz Damiani Ferreira**

Médica graduada pela Universidade Federal do Paraná, especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Fiocruz/UFPR. Professora universitária, médica da Estratégia de Saúde da Família e matriciadora do Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME).

**Bruna Helena Gonçalves Esteves Botelho**

Médica ginecologista e obstetra, especialista pela Federação Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, com experiência em matriciamento em saúde voltado para profissionais da APS. Atua no AME (Ambulatório Multiprofissional Especializado) e no hospital de referência para parto de alto risco, na Linha de Cuidado da Gestante.

**Eduardo Henrique Wentz Ribeiro**

Médico graduado pela UNIOESTE - Cascavel, especialista em Medicina de Família e Comunidade, Gestão em Saúde e Auditoria. Possui experiência em planejamento e gestão em

saúde municipal, orientador de aprendizagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz/Ministério da Saúde.

**Graziele Fernanda Mostachio**

Enfermeira Obstétrica graduada pelo Programa de Residência. Especialista em Saúde da Família; Especialista em Aleitamento Materno.

**Jaqueline Cid Buratto Francisquini**

Profissional de Educação Física especialista em prescrição do exercício físico para grupos especiais. Tem formação em prescrição do exercício físico na gestação e pós-parto, é técnica da academia da saúde do município de Ivaiporã, no Paraná, atende como personal trainer na prevenção e tratamento de doenças crônicas e é integrante da equipe do GESTARSUS do Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME)

**Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Administração em Saúde. Coordenadora do Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME) e Consultora da Planificação da Atenção à Saúde na Atenção Ambulatorial Especializada.

**Laís Fernanda Fagundes Turrissi**

Nutricionista. Especialista em nutrição clínica funcional e fitoterapia. Atua no Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME) com gestantes de risco intermediário e integra o grupo GESTARSUS.

**Suzane da Costa**

Psicóloga. Especialista em Saúde Materno Infantil; Especialista em Saúde Pública; Especialista em Neuropsicopedagogia Clínica; Especialista em Gestão de Pessoas; Formada em Saúde Mental Perinatal e Desenvolvimento da Primeira Infância.

# APRESENTAÇÃO

O Manual GESTARSUS foi elaborado como instrumento de apoio às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização do cuidado materno-infantil. Sua construção reflete o esforço coletivo de profissionais comprometidos em fortalecer a linha de cuidado, garantindo o acesso oportuno, a integralidade e a resolutividade da atenção à gestante, ao recém-nascido e às famílias.

Mais do que reunir protocolos e condutas, este manual busca oferecer uma referência prática e atualizada, que apoie as equipes no dia a dia e contribua para a redução da mortalidade materna e infantil, assegurando que cada gestação seja acompanhada de forma segura, humanizada e baseada em evidências.

O objetivo deste manual é padronizar e qualificar as práticas assistenciais relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério, com foco na captação precoce da gestante, na estratificação de risco, no encaminhamento em tempo oportuno e na articulação entre APS e AAE. Pretende-se, assim, fortalecer os processos de trabalho em rede, orientar condutas clínicas, oferecer critérios técnicos para exames e tratamentos, além de apoiar a tomada de decisão das equipes multiprofissionais.

A captação precoce da gestante, preferencialmente até o final do primeiro trimestre, é determinante para a qualidade do acompanhamento pré-natal. Esse momento permite a realização dos exames iniciais, a identificação de fatores de risco, a prevenção de agravos e o início oportuno das orientações e suplementações necessárias.

O cuidado qualificado, por sua vez, exige acompanhamento contínuo, integral e humanizado, com consultas regulares, testagem rápida de infecções, avaliação clínica minuciosa e oferta de apoio multiprofissional. Quando realizado em rede, com protocolos bem estabelecidos e comunicação efetiva entre os pontos de atenção, esse cuidado contribui para a segurança da gestante e do bebê, reduz complicações evitáveis e promove melhores desfechos de saúde.

Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha

Coordenadora do AME

CIS Ivaiporã

# ÍNDICE

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. PLANEJAMENTO FAMILIAR E CUIDADO INTEGRAL DA MULHER.....</b>                       | <b>6</b>  |
| <b>2. VISÃO GERAL DO PRÉ-NATAL.....</b>                                                 | <b>7</b>  |
| 2.1. EXAMES POR TRIMESTRE GESTACIONAL.....                                              | 8         |
| 2.2. SUPLEMENTAÇÕES NUTRICIONAIS.....                                                   | 10        |
| 2.3. QUEIXAS COMUNS NA GESTAÇÃO.....                                                    | 11        |
| 2.3.1. NÁUSEAS E VÔMITOS.....                                                           | 11        |
| 2.3.2. PIROSE.....                                                                      | 11        |
| 2.3.3. DORES.....                                                                       | 11        |
| 2.3.4. ALTERAÇÕES DE SECREÇÃO VAGINAL.....                                              | 12        |
| <b>3. ATENÇÃO INTEGRAL À GESTANTE.....</b>                                              | <b>12</b> |
| 3.1. ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA ÀS GESTANTES.....                                          | 12        |
| 3.2. PRÉ-NATAL E ATIVIDADES FÍSICAS.....                                                | 14        |
| 3.2.1. CONTRAINDICAÇÕES À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS.....                                    | 16        |
| <b>4. DIAGNÓSTICO E MANEJO DE AGRAVOS DA GESTANTE.....</b>                              | <b>18</b> |
| 4.1. CORRIMENTOS VAGINAIS.....                                                          | 18        |
| 4.1.1. CANDIDÍASE E VAGINOSE BACTERIANA.....                                            | 18        |
| 4.2. ANEMIA.....                                                                        | 19        |
| 4.3. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU).....                                              | 20        |
| 4.4. HIPOTIREOIDISMO.....                                                               | 20        |
| 4.5. ISOIMUNIZAÇÃO FETO MATERNA.....                                                    | 21        |
| 4.6. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.....                                                 | 22        |
| 4.6.1. ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTES COM DIABETES<br>MELLITUS GESTACIONAL..... | 23        |
| 4.7. HIPERTENSÃO ARTERIAL.....                                                          | 25        |
| 4.7.1. PROFILAXIA DE PRÉ-ECLÂMPSIA.....                                                 | 27        |
| 4.8. SÍFILIS.....                                                                       | 27        |
| 4.9. HIV.....                                                                           | 29        |
| 4.10. TOXOPLASMOSE.....                                                                 | 29        |

|                                                                                                                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.11. HEPATITE B.....                                                                                                                                          | 30        |
| 4.12. HEPATITE C.....                                                                                                                                          | 31        |
| 4.13. MEDIDA DE COLO DE ÚTERO.....                                                                                                                             | 32        |
| 4.14. STREPTOCOCCUS AGALACTIAE.....                                                                                                                            | 32        |
| <b>5. DIAGNÓSTICO E MANEJO DE AGRAVOS FETAIS.....</b>                                                                                                          | <b>33</b> |
| 5.1. PESO FETAL.....                                                                                                                                           | 33        |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                                                        | <b>35</b> |
| <b>ANEXO 1</b> - Fluxograma de triagem de toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada até 16 semanas de gestação (gestantes imunocompetentes)..... | 37        |
| <b>ANEXO 2</b> - Triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada com mais de 16 semanas de gestação (gestantes imunocompetentes).....       | 38        |
| <b>ANEXO 3</b> - Nota Técnica do AME a respeito dos laudos de ultrassonografia obstétrica.....                                                                 | 39        |
| <b>ANEXO 4</b> - Protocolo do AME para realização de ecodopplercardiograma fetal com mapeamento.....                                                           | 42        |

## 1. PLANEJAMENTO FAMILIAR E CUIDADO INTEGRAL DA MULHER

Partindo da lógica da integralidade do cuidado e dos direitos reprodutivos devidos a todas as mulheres, é importante que a Atenção Primária à Saúde ofereça avaliação e acompanhamento pré-concepcional para as usuárias que desejem engravidar. Essa é uma avaliação que deve ser realizada por enfermeiro(a) ou médico(a), para discutir a suspensão de métodos contraceptivos, realizar orientações para promoção e prevenção de saúde e o diagnóstico de doenças que possam dificultar a concepção ou mesmo a gestação. Além disso, é tempo oportuno para avaliação de sua carteira vacinal e status nutricional, realização de citopatológico, se indicado, e instauração de medidas para prevenção de malformações.

Os profissionais devem se atentar especialmente para a existência de diabetes mellitus pré-gestacional, hipertensão crônica, hipotireoidismo, trombofilias, infecções sexualmente transmissíveis, riscos teratogênicos, doenças hereditárias ou genéticas familiares, transtornos de saúde mental e histórico obstétrico e cirúrgico (especialmente de cirurgia bariátrica). Além disso, é importante avaliar as motivações da mulher que deseja engravidar, sua rede de apoio e seus planos futuros, para discutir, com ela, suas melhores opções. A TABELA 1 sumariza os pontos-chave que devem ser avaliados na consulta pré-concepcional.

A literatura indica que a suplementação de **400mcg por dia de ácido fólico**, reconhecidamente capaz de prevenir malformações do sistema nervoso central, deve ser iniciada, idealmente, no mínimo **quatro semanas antes da concepção**.

## 2. VISÃO GERAL DO PRÉ-NATAL

As ações desse material visam a captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal em até 3 meses de gestação por toda equipe da atenção primária; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno. É importante ressaltar, porém, que o ideal é que haja acompanhamento da mulher com desejo de engravidar desde antes da concepção, conforme explicitado anteriormente.

A primeira consulta deve ser realizada o mais precocemente possível, ou até o final do 3º mês de gestação. Pode ser realizada por médico ou enfermeiro no ato do cadastramento, solicitando todos os exames laboratoriais e USG do primeiro trimestre mediante confirmação da gravidez. Deve-se também realizar o preenchimento adequado da carteirinha de PN; anamnese e exame físico adequados; avaliar o risco gestacional; indicar o hospital de referência para o parto (carimbando a carteirinha da gestante); garantir as consultas de pré-natal; avaliar histórico vacinal; agendar a consulta odontológica e realizar orientações de saúde bucal da mãe e do bebê; indicar atendimento psicológico, quando necessário, solicitando prioridade; garantir a realização do pré-natal do parceiro.

Lembrar que a primeira consulta do pré-natal é oportunidade única e essencial para realização de testagem rápida de ISTs na gestante com diagnóstico imediato e possíveis seguimentos em tempo mais oportuno. Também se recorde que a APS é apta a realização do exame especular na vigência de queixas genitourinárias pela paciente, devendo o exame ser realizado e a conduta direcionada aos achados específicos, reduzindo a realização de tratamentos empíricos ampliados sem o foco adequado.

| <b>PERÍODO GESTACIONAL</b> | <b>INTERVALO DAS CONSULTAS NA UBS</b> |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Até 28 semanas             | Mensal                                |
| 28ª a 36ª semanas          | Quinzenal                             |
| A partir da 36ª semanas    | Semanal até nascimento                |
| <b>CONSULTA PUERPERAL</b>  | <b>INTERVALO DAS CONSULTAS NA UBS</b> |

|    |                                                       |
|----|-------------------------------------------------------|
| 1° | 7 a 10 dias após o parto                              |
| 2° | De 30 a 42 dias após o parto associado a Puericultura |

*\*Linha Materno Infantil - SESA/PR 2022*

## 2.1. EXAMES POR TRIMESTRE GESTACIONAL

| <b>1° TRIMESTRE (1 A 16 SEM)</b>                                      |                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <b>Valores de referência e observações importantes</b>                                                                                                              |
| <b>Hemograma completo</b>                                             | Hemoglobina >11 g/dl                                                                                                                                                |
| <b>Tipagem sanguínea</b>                                              | Se RH negativo:<br>Coombs indireto<br>mensal da mãe Tipo<br>Sanguíneo do parceiro<br>Obs: manter a coleta de coombs indireto materno independente do TS do parceiro |
| <b>Glicemia de jejum</b>                                              | <92 mg/dl                                                                                                                                                           |
| <b>TSH</b>                                                            | Menor ou igual a 2,5 IU/l no 1° trimestre<br>Menor ou igual a 3,0 IU/l nos 2° e 3° trimestres                                                                       |
| <b>Eletroforese de hemoglobina na 1ª gestação (Teste da mãezinha)</b> | Hemoglobina A1 – 96,7 a 97,8%                                                                                                                                       |
| <b>Teste treponêmico (sífilis)</b>                                    | Negativo                                                                                                                                                            |
| <b>*Toxoplasmose (IgG e IgM)</b>                                      | IgG + (reagente) / IgM – (não reagente) => Imune<br>IgG - (não reagente) / IgM – (não reagente) => Suscetível                                                       |
| <b>HBsAg ou TR de hepatite B</b>                                      | Não reagente                                                                                                                                                        |
| <b>Anti HCV ou TR de hepatite C</b>                                   | Não reagente                                                                                                                                                        |
| <b>Anti HIV</b>                                                       | Não reagente                                                                                                                                                        |
| <b>Urina I e urocultura</b>                                           | Leucócitos <10.000 / Bactérias ausentes / Cultura negativa                                                                                                          |
| <b>Parasitológico de fezes</b>                                        | Negativo                                                                                                                                                            |

|                                |                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Colpocitologia oncótica</b> | OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Exame somente está indicado em gestantes com mais de 25 anos (rastreamento habitual indicado pelo MS).                                    |
| <b>USG Obstétrico</b>          | <b>ESSENCIAL para determinação de idade gestacional obstétrica</b> - para que seja válida para esse fim, deve vir com registro do batimento cardíaco fetal (BCF) |

| <b>2º TRIMESTRE (16 A 28 SEM)</b>   |                                                                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | <b>Valores de referência e observações importantes</b>                                     |
| <b>Hemograma completo</b>           | Mesmos valores de referência do 1º trimestre                                               |
| <b>*Toxoplasmose (IgM e IgG)</b>    |                                                                                            |
| <b>Teste treponêmico (sífilis)</b>  |                                                                                            |
| <b>HBsAg ou TR de hepatite B</b>    |                                                                                            |
| <b>Anti HCV ou TR de hepatite C</b> |                                                                                            |
| <b>Anti HIV</b>                     |                                                                                            |
| <b>Urina I e urocultura</b>         |                                                                                            |
| <b>TOTG 75g (24 a 28 semanas)</b>   | Jejum < 92<br>1.hora < 180<br>2.horas < 153                                                |
| <b>USG Morfológico</b>              | <b>SOLICITAÇÃO OPORTUNA entre 16 a 18 semanas e para REALIZAÇÃO entre 20 a 24 semanas.</b> |

| <b>3º TRIMESTRE (&gt; 28 SEM)</b>   |                                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                     | <b>Valor de referência e observações importantes</b> |
| <b>Hemograma completo</b>           | Mesmos valores de referência do 1º trimestre         |
| <b>Teste treponêmico (sífilis)</b>  |                                                      |
| <b>*Toxoplasmose (IgM e IgG)</b>    |                                                      |
| <b>Teste treponêmico (sífilis)</b>  |                                                      |
| <b>HBsAg ou TR de hepatite B</b>    |                                                      |
| <b>Anti HCV ou TR de hepatite C</b> |                                                      |
| <b>Anti HIV</b>                     |                                                      |
| <b>Urina I e urocultura</b>         |                                                      |

|                                                            |                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cultura para GBS (34 a 37 sem)</b>                      | Negativa *SOLICITAR COM ANTECEDÊNCIA                                                                     |
| <b>USG obstétrica com Doppler (a partir de 30 semanas)</b> | <b>A solicitação deve ser feita com antecedência de forma a oportunizar o exame em período adequado.</b> |

\* O resultado IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indica que a doença é antiga, não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em gestantes com imunodeficiência).

\* O teste de avidéz de IgG para toxoplasmose deve ser realizado em caso de IgG e IgM reagentes para toxoplasmose, preferencialmente na mesma amostra de sangue da 1ª coleta e antes da 16ª semana de gestação.

## 2.2. SUPLEMENTAÇÕES NUTRICIONAIS

Toda gestante deve receber três suplementos, de acordo com o Ministério da Saúde:

- SULFATO FERROSO - dois comprimidos de 100 mg (equivalente a 40mg de ferro elementar), em dias alternados, longe das refeições (com estômago vazio) e preferencialmente com suco cítrico, durante toda a gestação;
- ÁCIDO FÓLICO - 400 mcg ao dia (40 gotas de ácido fólico 0,2 mg/ml) perto das refeições, durante toda a gestação (alguns serviços oferecem o ácido fólico de 5 mg em comprimido, cuja absorção é prejudicada por se tratar de um suplemento oleaginoso e gera uma superdosagem que pode ser errática; portanto, orienta-se dar preferência ao líquido);
- CARBONATO DE CÁLCIO - 1.250 mg (500 mg de cálcio), equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar - todos os dias, longe do sulfato ferroso, com início na 12ª semana de gestação até o momento do parto.

**ATENÇÃO:** O Ministério da Saúde recomenda o uso de sulfato ferroso e ácido fólico com início no período pré-concepcional, favorecendo sempre o planejamento reprodutivo.

## 2.3. QUEIXAS COMUNS NA GESTAÇÃO

### 2.3.1. NÁUSEAS E VÔMITOS

Náuseas e vômitos são comuns na gestação por conta das grandes mudanças hormonais, especialmente no primeiro trimestre. O profissional pode indicar à gestante o uso de gengibre, com balas ou em chá, e de líquidos gelados, para melhora dos sintomas. Caso não haja melhora com mudanças de hábitos de vida, pode-se prescrever, com segurança, metoclopramida de 5 ou 10mg a cada 8 horas ou ondansetrona de 4 ou 8 mg também a cada 8 horas. A segunda opção apresenta via sublingual, que muitas vezes é melhor aceita pelas pacientes.

É essencial que haja atenção para gestantes que desenvolvem hiperêmese gravídica, com diagnóstico e manejo precoce, já que pode ocasionar riscos para a mãe e para o bebê, como desidratação, cetose e perda ponderal. Nesses casos, é importante que a conduta seja compartilhada com o especialista focal, a fim de avaliar o melhor manejo.

### 2.3.2. PIROSE

Devido ao aumento abdominal, muitas mulheres desenvolvem sintomas de queimação epigástrica, especialmente ao final da gestação. Mudanças alimentares são preconizadas, com alimentação com baixa ingestão de alimentos e líquidos que possam piorar os sintomas (gorduras, cafeína, frituras, condimentos), de 3 em 3 horas e em pequenas quantidades. As pacientes normalmente têm boa resposta a essas mudanças e ao uso de antiácidos, como o carbonato de cálcio e de magnésio, que podem ser utilizados individualmente ou em soluções mistas, até quatro vezes ao dia, após as refeições.

### 2.3.3. DORES

A gestação pode vir com uma miríade de fatores que ocasionam dores generalizadas ou localizadas, especialmente em dorso e membros inferiores e no final da gestação. É importante a avaliação interprofissional dessas queixas, com orientação de exercícios físicos e hábitos saudáveis. Como medicação, pode-se utilizar o paracetamol ou a dipirona, ambos seguros para a mãe e o bebê, caso não haja histórico alérgico.

#### 2.3.4. ALTERAÇÕES DE SECREÇÃO VAGINAL

Gestantes normalmente apresentam mudanças importantes na secreção vaginal, com aumento de corrimento fisiológico: é papel dos profissionais de saúde orientarem-nas a respeito da normalidade desse quadro. Caso a paciente se queixe de alterações maiores, porém, enfermeiros e médicos devem avaliá-las de maneira criteriosa, atentando-se para alterações que possam estar relacionadas a distúrbios de flora vaginal (candidíase e vaginose bacteriana) ou infecções sexualmente transmissíveis.

### 3. ATENÇÃO INTEGRAL À GESTANTE

#### 3.1. ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA ÀS GESTANTES

Atualmente ao abordarmos sobre a assistência psicológica às mulheres antes, durante e após o parto, devemos considerar a Lei 14.721, sancionada em Novembro de 2023, que altera os arts. 8º e 10º da Lei nº 8.069, do Estatuto da Criança e do Adolescente, que amplia o direito da gestante e garante à ela o encaminhamento para o atendimento psicológico após uma avaliação médica e de acordo com o prognóstico. As equipes de saúde também devem desenvolver atividades de educação, conscientização e esclarecimento sobre a saúde mental da mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal. [Disponível em: [L14721](#)].

Em pesquisas estima-se que 60% das gestantes apresentam sintomas de estresse, 35% de ansiedade e 25% de depressão, logo é apontada a necessidade de identificação preventiva durante os cuidados do pré-natal, a fim de reduzir seu impacto sobre a saúde da mulher, sua família e o desenvolvimento do bebê (PEREIRA, V. A. *et al* 2014).

Neste contexto, considera-se que a disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento é o requisito mais importante para a ação preventiva. O profissional pode detectar assim variações de humor, pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico. Durante a gestação, é proposto uma intervenção mais humana, propiciando um assistir voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na manutenção da saúde mental materna. O atendimento pré-natal da gestante, conjugado com esforços e conhecimentos, inclusive de diferentes profissionais, revela-se como uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das pacientes e, conseqüentemente, de seus filhos (NÓBREGA, 2005).

Durante esta avaliação investigam-se a presença de sinais e/ou sintomas, utilizando-se de suporte o instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental. Além do uso de anamnese que compõem os fatores de proteção e de risco que influenciam no desenvolvimento de co-morbidades, dentre os quais podemos citar: gestação não planejada, histórico de transtornos mentais, dificuldade financeira, baixo grau de escolaridade, ausência de suporte social, dependência de substâncias químicas, violência doméstica, etc.

Como mencionado, a literatura aponta que a gestação e o pós-parto são considerados períodos de elevado risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos. Dentre essas, a depressão pós-parto (DPP) está entre as mais prevalentes, podendo afetar no Brasil 19,1% das mulheres, o que corresponde a quase uma puérpera em cada cinco (FIGUEIRA, P. *et al* 2009).

Especificamente à dependência de substâncias químicas, sendo um dos fatores de risco citado, evidenciou-se a necessidade da adoção de instrumento de rastreamento precoce na rotina obstétrica, devido à tendência ao aumento do consumo de álcool por mulheres em idade reprodutiva, além de haver uma dificuldade, por parte dos médicos obstetras, na identificação do uso de álcool pela gestante e alta probabilidade de problemas do desenvolvimento nos fetos. Assim, o emprego do T-ACE mostrou desempenho satisfatório (FABBRIL, *et al* 2007).

Quanto ao uso de nicotina, foi incluído também o teste de Fagerström que afere o grau de dependência à nicotina que, em níveis elevados, dificulta o processo de abstinência, por causar sintomas desconfortáveis e aumentar as chances de recaída. Disponível em: [[Teste de Fagerström — Instituto Nacional de Câncer - INCA](#)]

Por último, como parte do acompanhamento psicológico, é direcionado ao profissional da Psicologia, também servir como apoio à equipe durante o processo de planejamento familiar da paciente. Em recente atualização em Setembro de 2022 foi sancionada a Lei 14.443, que diminui de 25 para 21 anos a idade mínima, ou, pelo menos, 2 (dois) filhos vivos para a realização de esterilização voluntária, onde também foi dispensado o aval do cônjuge. A lei mantém o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, para possibilitar uma eventual desistência. Permitindo a esterilização cirúrgica durante o período de parto [Disponível em: [L14443](#)]

### 3.2. PRÉ-NATAL E ATIVIDADES FÍSICAS

De acordo com o **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** (BRASIL, 2021), a prática de atividade física (AF) pode ocorrer em diferentes esferas do cotidiano: durante o tempo livre, nos deslocamentos, nas tarefas laborais ou de estudo e também nas atividades domésticas. Essa prática pode variar em intensidade, sendo classificada em três níveis principais.

- **Leve:** caracteriza-se por demandar pouco esforço físico, provocando discreto aumento da respiração e dos batimentos cardíacos. Em uma escala de percepção subjetiva de 0 a 10, corresponde entre 1 e 4. Nessa faixa, a pessoa consegue conversar normalmente e até cantar enquanto se movimenta.
- **Moderada:** requer esforço adicional, acelerando a respiração e elevando os batimentos cardíacos de forma moderada. A percepção de esforço situa-se entre 5 e 6 na mesma escala, permitindo conversar com alguma dificuldade, mas impossibilitando cantar.
- **Vigorosa:** envolve esforço intenso, levando a uma respiração ofegante e a um aumento acentuado da frequência cardíaca. Nesse caso, a percepção de esforço fica entre 7 e 8, e o indivíduo não consegue manter uma conversa durante a prática.

A realização de atividade física (AF) durante a gestação e no período pós-parto é considerada segura e está associada a múltiplos benefícios tanto para a saúde materna quanto para o desenvolvimento do bebê. Entre os principais efeitos positivos, destacam-se: melhoria da qualidade de vida e do bem-estar geral; maior disposição, relaxamento e prazer nas atividades; auxílio no controle do peso corporal; redução do risco de hipertensão arterial, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia; fortalecimento da capacidade funcional para as tarefas diárias; diminuição da intensidade das dores lombares; prevenção da depressão; ampliação das possibilidades de socialização e construção de vínculos afetivos e solidários; além da diminuição da chance de parto prematuro e da contribuição para que o bebê nasça com peso adequado. Ressalta-se ainda que a prática de AF não está associada a malformações fetais, aborto espontâneo, ruptura precoce das membranas, indução do trabalho de parto, mortalidade neonatal ou alterações no volume, composição e sabor do leite materno.

No contexto do pré-natal, espera-se que os profissionais de saúde incentivem rotineiramente as gestantes a permanecerem fisicamente ativas, destacando que cada movimento gera benefícios. A prescrição de exercícios deve ser individualizada e humanizada, sendo responsabilidade do profissional de educação física avaliar necessidades específicas e indicar modalidades adequadas. Entre as atividades recomendadas estão exercícios aeróbicos (como caminhada, ciclismo ou natação), treinamentos de força (musculação, funcional ou com peso corporal), alongamentos e exercícios de Kegel, fundamentais para o fortalecimento do assoalho pélvico — sendo desejável, quando possível, o acompanhamento pela fisioterapia pélvica.

Segundo o **Guia de Atividade Física para a População Brasileira (2021)**, gestantes sem contraindicações podem realizar, no mínimo, 150 minutos semanais de AF aeróbica moderada, caracterizada por aumento moderado da respiração e dos batimentos cardíacos, permitindo conversar com certa dificuldade, mas não cantar. Para aquelas que já mantinham rotina vigorosa antes da gravidez, é possível optar por 75 minutos semanais de exercícios intensos, nos quais a respiração torna-se ofegante e a comunicação verbal praticamente inviável. A combinação de atividades moderadas e vigorosas também pode ser utilizada para atingir as recomendações. O tempo total pode ser acumulado em sessões curtas ao longo do dia ou concentrado em períodos mais longos.

O **Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM)** recomenda frequência mínima de três sessões semanais, embora seja preferível manter-se ativa diariamente ou na maior parte dos dias. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** reforça a importância da inclusão de exercícios de força, mas ressalta que devem ser evitados os movimentos isométricos prolongados e a manobra de Valsalva, devido à ausência de evidências que confirmem sua segurança na gestação. Recomenda-se que a intensidade do treino de força permita repetições múltiplas até a fadiga moderada (8–10 ou 12–15 repetições), realizadas de duas a três vezes por semana, em dias alternados. Independentemente do tipo de exercício, é fundamental monitorar sinais vitais e sintomas, manter hidratação adequada e evitar práticas em ambientes excessivamente quentes ou úmidos.

### 3.2.1. CONTRAINDICAÇÕES À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS

**(ATENÇÃO PROFISSIONAL: leia atentamente este tópico até o final para que não haja espaços para criação de tabus, pois precisamos nos desprender de mitos sobre exercício para gestantes).**

Quando falamos em exercício na gestação, surgem termos como “contraindicações absolutas” e “relativas”. As contraindicações absolutas, são condições clínicas mais graves as quais são **NECESSÁRIAS** intervenções **obstétricas**, ou seja, precisam de medicação para controle e, somente mediante a tal controle, os exercícios podem ser retomados **COM VIGILÂNCIA** do profissional de educação física **JUNTAMENTE** com a equipe multiprofissional. Segue alguns exemplos de contraindicações absolutas: hipertensão não controlada, pré-eclâmpsia, insuficiência cervical, gestações múltiplas com risco de parto prematuro, sangramento persistente no 2º e 3º trimestre, ameaça de parto prematuro na gestação em curso, placenta prévia após 28º semanas de gravidez, rotura de membranas, diabetes tipo 1 mal controlada, restrição de crescimento intrauterino, doença da tireóide não controlada, outros problemas cardiovasculares, respiratórios ou desordem sistêmica, doenças respiratórias graves, doença cardíaca grave com intolerância ao exercício, arritmia grave ou descontrolada, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro ativo.

As relativas, são situações em que o exercício não precisa ser suspenso, mas sim **AJUSTADO** e **MONITORADO** com mais cautela. Segue alguns exemplos de contraindicações relativas: perda de gravidez recorrente, hipertensão gestacional, histórico de parto prematuro espontâneo, doença cardiovascular ou respiratória leve/moderada, anemia sintomática, desnutrição, transtorno alimentar, gestação gemelar após 28º semanas, placenta prévia após 28º semanas, ruptura prematura de membranas pré-termo (antes da 37º semanas de gestação), pré-eclâmpsia leve.

Neste contexto, mulheres com contraindicações **ABSOLUTAS** devem evitar exercícios de intensidade moderada e vigorosa, **PORÉM**, devem continuar a fazer atividades de vida diária, ou seja, o profissional de educação física **PODE** prescrever atividades físicas **LEVES** nessas condições, para que ao menos as atividades de vida diária ela consiga fazer. Mulheres com contraindicações **RELATIVAS** devem analisar junto ao seu treinador e equipe multi as

vantagens e desvantagens do exercício, no entanto, elas devem permanecer ativas e se necessário, devem modificar o exercício ou intensidade e duração, tudo irá depender da análise cautelosa do profissional de educação física com a equipe multiprofissional.

Entretanto, é de suma importância ressaltar que tais contraindicações (absolutas e relativas) foram descritas com base na opinião de especialistas, pois não há ainda nenhuma evidência mais robusta que demonstre de fato se essas contraindicações são ou não prejudiciais à saúde da mãe e do bebê, ou seja, já que não há estudo científico que tenha analisado cada uma dessas condições de forma precisa, precisamos utilizar as informações que estão **DISPONÍVEIS** no momento, por precauções. Além disso, diretrizes como a americana já não falam mais de tais contraindicações, contudo, as canadenses ainda as trazem, devido a isso devemos analisar cada caso **INDIVIDUALMENTE** junto à equipe multiprofissional da gestante, pois cada indivíduo possui suas particularidades, logo, **não devemos generalizar nenhum caso.**

## 4. DIAGNÓSTICO E MANEJO DE AGRAVOS DA GESTANTE

### 4.1. CORRIMENTOS VAGINAIS

A avaliação e diagnóstico correto de corrimentos vaginais nas gestantes é imperativo para o bem-estar e prevenção de desfechos desfavoráveis para a gestante e seu bebê. Mulheres com indicação de realização de citopatológico de colo de útero (à partir dos 25 anos de idade), devem manter seguimento conforme preconizado para a população geral. Além disso, é importante que seja realizada avaliação especular sempre que houver sinais ou sintomas vaginais. Em casos de suspeita de Infecção Sexualmente Transmissível, é importante discussão partilhada do caso com o especialista focal.

#### 4.1.1. CANDIDÍASE E VAGINOSE BACTERIANA

Gestantes que apresentam alterações de flora vaginal, como a candidíase (diagnosticada pela clínica e pelo exame físico) e a vaginose bacteriana (que pode ser confirmada com o *sniff test*, utilizando hidróxido de potássio) devem ser adequadamente tratadas. A via de tratamento deve ser avaliada individualmente, de acordo com a preferência e as contraindicações de cada paciente.

| Diagnóstico e tratamento de candidíase e vaginose bacteriana nas gestantes |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALTERAÇÃO                                                                  | DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                            | TRATAMENTO                                                                                                                                                                                     |
| Candidíase                                                                 | Clínico - corrimento branco em nata ou grumoso, inodoro, que pode estar associado a prurido e disúria<br>Exame físico - secreção vaginal esbranquiçada, com grumos aderidos à parede ou à vulva; eritema e escoriações | <i>Preferencialmente tópico:</i><br>Clotrimazol (creme a 1%, durante sete dias)<br>OU<br>Miconazol (creme a 2%, de 7 a 14 dias)<br>OU<br>Nitrato de isoconazol (creme a 1%, durante sete dias) |
| Vaginose                                                                   | Clínico - corrimento fétido (odor de peixe)                                                                                                                                                                            | Metronidazol 400 mg – por via oral                                                                                                                                                             |

|            |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bacteriana | podre), líquido, com piora após o coito<br>Exame físico - secreção vaginal líquida<br>bolhosa fétida<br>Exame complementar - <i>sniff test</i> ,<br>aplicando duas gotas de hidróxido de<br>potássio (KOH) na secreção e avaliação de<br>odor | de 12 em 12 horas, durante sete dias<br>OU<br>Metronidazol 250 mg – dois<br>comprimidos por via oral de 12 em<br>12 horas, durante sete dias<br>OU<br>Metronidazol gel vaginal a 0,75% –<br>um aplicador (5 g) por via vaginal<br>durante sete dias;<br>OU<br>Clindamicina 300 mg – por via oral<br>de 12 em 12 horas, durante sete dias;<br>OU<br>Fosfato de clindamicina creme<br>vaginal a 2% – um aplicador por via<br>vaginal (5 g) durante sete dias. |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4.2. ANEMIA

A anemia é definida durante a gestação para valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/dl, estando associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro. O uso de sulfato ferroso (2 comprimidos em dias alternados) de forma rotineira na gestação tem como objetivo a **profilaxia** da anemia gestacional.

Para níveis de 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 elemento a ser alcançada deve ser de 160 a 200 mg/dia (04 a 06 cps de sulfato ferroso ao dia), sendo essencial que o aumento da medicação seja gradual até atingir a dose terapêutica, com objetivo de evitar efeitos colaterais da medicação.

*Lembre que ao ser detectado ANEMIA GRAVE (Hb < 8,0) durante a gestação, no momento do diagnóstico encaminhar a gestante à Maternidade de Referência para avaliação e conduta. Após, vincular gestante no pré-natal de Risco Intermediário.*

Observação: Às gestantes com diagnóstico de anemia falciforme ou talassemia, não se recomenda uso rotineiro de sulfato ferroso. Nestes casos, as gestantes devem ser vinculadas para realização de pré-natal e parto em estabelecimentos de atenção à gestação

de alto risco e a suplementação de ferro para estas pacientes deve ser criteriosamente indicada por médico especializado.

#### 4.3. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo uretral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microorganismos envolvidos são aqueles que habitam a flora perineal, principalmente a *Escherichia Coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos, além do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente na gravidez (diagnóstico deve ser feito com cultura), e as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites), ou ainda o trato superior (pielonefrite) (BRASIL, 2012).

O controle de cura deve ser realizado com urocultura 07 dias após término do antibiótico. Os exames de urina devem ser repetidos mensalmente em casos de paciente com infecções na gestação.

Após o segundo episódio de bacteriúria assintomática e/ou cistite na gestação, deve ser iniciado profilaxia para ITU preferencialmente com cefalexina (um comprimido ao dia) até o momento do parto. A nitrofurantoína também pode ser indicada, mas deve ter seu uso interrompido com 37 semanas de gestação. Em casos de pielonefrite, a profilaxia é recomendada já após o tratamento do 1º episódio.

Sempre registre adequadamente os exames de urina na caderneta, assim como os tratamentos realizados.

#### 4.4. HIPOTIREOIDISMO

A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 livre para detectar o hipotireoidismo. Se o TSH estiver alterado recomenda-se dosar o T4 livre. O tratamento

para o hipotireoidismo na gestação é recomendado quando os níveis de TSH são: >2.5 IU/L no 1º trimestre e >3,0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação (Thyroid Diseases in Pregnancy, Figo).

| <b>HIPOTIREOIDISMO</b>                                         |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnóstico</b>                                             | <b>Orientações medicamentosas</b>                                                                                                                                          | <b>Manejo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hipotireoidismo com diagnóstico prévio à gestação              | Recomenda-se aumento na dosagem de reposição da levotiroxina de 25% a 30%, após o diagnóstico de gestação, dependendo da etiologia do hipotireoidismo e dos níveis de TSH. | - Avaliar TSH na primeira consulta de pré-natal. O objetivo do tratamento é obter o eutireoidismo clínico e laboratorial.<br>- Recomenda-se monitorar o TSH, dosando a cada 4/ 6 semanas. Ajuste de doses em incrementos de 25 – 50 mcg.<br>- O objetivo é manter o TSH entre 0,4 e 2,5 mU/L. |
| Hipotireoidismo franco (sintomático) diagnosticado na gestação | Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 2mcg/kg/dia                                                                                                                | - Recomenda-se que a levotiroxina seja ingerida em jejum, pelo menos de 30 a 60 minutos antes do café da manhã, e com quatro horas de intervalo com medicamentos que interfiram na sua absorção, tais como: ferro, cálcio, alumínio ou produtos derivados de soja.                            |
| Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação           | Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 1.20mcg/kg/dia.                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

**Fonte:** Gestação de Alto Risco MS, 2012, European Thyroid Association-ETA, 2014. CURITIBA, Rede mãe curitibana vale a vida, 2019.

#### 4.5. ISOIMUNIZAÇÃO FETO MATERNA

Doença causada pela passagem de hemácias fetais (Rh+), durante a gestação ou parto, para a circulação materna (Rh-), resultando na resposta imunológica materna de sensibilização, isto é, produção de anticorpos Anti-Rh. Caso a mãe sensibilizada volte a gestar um feto Rh+, haverá a passagem dos Anticorpos maternos para o feto, levando a destruição das hemácias fetais comandadas pelos anticorpos maternos, causando a Doença Hemolítica Perinatal (DHPN). Esta

doença, se não prevenida, é de extrema gravidade pois pode levar à abortos de repetição, anemia, hidropsia e óbito fetal.

Faz-se necessário solicitar em exames da primeira consulta pré-natal a tipagem da mãe juntamente com os exames de rotina da gestação. Se o Rh materno for negativo, será necessário solicitar da mãe o exame de Coombs Indireto e tipagem sanguínea do parceiro. Se o Coombs indireto for negativo, repetir o exame mensalmente.

Se Coombs indireto **positivo** (+) deve-se estratificar gestante para AME - Pré Natal de Alto Risco com o critério: Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo).

Se Coombs indireto se manter negativo durante pré-natal, indica-se a realização de Imunoglobulina anti Rh nas situações a seguir: durante a gestação preferencialmente na 28ª semana até a 34ª semana; após o parto se RN com Rh + em até 72 horas e em episódios de sangramentos obstétricos.

*\*NOTA TÉCNICA CONJUNTA nº 01/2023 DAV/ CEMEPAR/ COAF/ DG/ SESA – PR.*

#### 4.6. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

É contraindicado o exame de Curva Glicêmica (TOTG) para gestantes já diagnosticadas com DM prévio ou DM gestacional com alteração de glicemia de jejum no 1º trimestre.

Todas as gestantes classificadas como portadoras de diabetes na gestação devem ser orientadas no momento do diagnóstico sobre a realização de medidas nutricionais e prática regular de atividade física de forma individualizada. Também neste momento deve ser iniciado a realização de perfil glicêmico (PG) pela paciente com o apoio da equipe multiprofissional. O período inicial indicado é de 07 a 14 dias (verificação de HGT de 3 a 4 vezes ao dia, com ao menos uma medida semanal às 03 horas da manhã). A equipe da APS deve fornecer os insumos para tornar possível essa verificação e garantir a avaliação frequente do mesmo.

Após o período inicial do PG, o mesmo deverá ser avaliado pela equipe. Se a paciente apresentar mais de 30% das glicemias alteradas (nos horários previamente padronizados e acordados com a paciente), deve ser iniciado tratamento farmacológico. É RECOMENDADO

pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) que gestantes com DM ou DMG tenham como meta, valores de glicemia pré-prandiais entre 65-95 mg/dL, 1h pós-prandial < 140 mg/dL e 2h pós-prandial < 120 mg/dL. Em mulheres com risco aumentado de hipoglicemia, estes alvos devem ser aumentados para glicemias de jejum de 70-99 mg/dL e glicemias ao deitar, e entre 2-4h da madrugada, entre 80-120 mg/dL.

**ORIENTAÇÃO DO AME:** Em casos em que a gestante apresentar mais de 30% dos valores estipulados no PG fora da meta, orientamos agendamento de matriciamento no AME para discussão de conduta terapêutica oportuna a ser definida com os especialistas do serviço.

#### 4.6.1. ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

O atendimento nutricional da gestante com diabetes gestacional é essencial para garantir a saúde da mãe e do bebê, prevenindo complicações maternas e perinatais. A abordagem deve ser individualizada, considerando fatores como idade gestacional, peso pré-gestacional, ganho de peso atual, hábitos alimentares, rotina, cultura e preferências alimentares. Abaixo estão os principais pontos do atendimento nutricional:

A avaliação nutricional inclui:

- Histórico clínico e obstétrico
- Peso pré-gestacional e IMC
- Ganho de peso gestacional (comparado com recomendações do IOM)
- Exames laboratoriais
- Recordatório alimentar
- Avaliação de sinais de hipoglicemia/hiperglicemia
- Preencher a carteirinha da gestante (curvas)

Os objetivos do atendimento nutricional são:

- Manter glicemia em níveis normais - seguindo as metas glicêmicas estipuladas
  - Glicemia de jejum: < **92 mg/dL**

- o 1h pós-prandial: < **180 mg/dL**
  - o 2h pós-prandial: < **153 mg/Dl**
- Promover ganho de peso adequado
  - Garantir nutrientes essenciais para o desenvolvimento fetal
  - Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia
  - Reduzir o risco de complicações como pré-eclâmpsia, parto prematuro e macrosomia fetal

As gestantes devem ser orientadas a realizar auto-monitoramento da glicemia capilar (jejum e pós-prandial), registrando em diário para análise junto ao nutricionista/médico.

A composição de um plano alimentar individualizado é importante para garantia de melhor ajuste às mudanças, bem como maior adesão ao tratamento. Existem, porém, orientações específicas para todas as gestantes:

- Fracionamento em 3 refeições principais e 2 a 3 lanches
- Evitar grandes períodos de jejum
- Incluir carboidratos complexos com fibras (ex: arroz integral, legumes, aveia)
- Evitar carboidratos simples (ex: açúcar, refrigerantes, doces)
- Consumir fontes magras de proteína
- Garantir adequada ingestão de cálcio, ferro, ácido fólico, com suplementação conforme descrito:
  - o **Ácido fólico**: 400 mcg/dia até o final da gestação podendo aumentar para 5mg em caso de histórico de malformações congênitas.
  - o **Sulfato ferroso**: 2 comprimidos em dias alternados (1 hora antes das refeições) durante toda a gestação; em caso de anemia (hemoglobina >9,0 g/dl e < 11,0 g/dl), 4 a 6 comprimidos ao dia
  - o **Cálcio**: 2 comprimidos de carbonato de cálcio (1250 mg, equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar). **Cuidados**: o suplemento não deve ser ingerido junto com a

suplementação de ferro, sendo necessário um intervalo de 2 horas entre os suplementos para garantir a absorção adequada de cada um.

É essencial que os profissionais realizem educação nutricional nas consultas de acompanhamento, explicando a relação entre alimentação e controle glicêmico e ensinando a leitura de rótulos, substituições alimentares, planejamento de refeições. As consultas devem ser quinzenais ou mensais (conforme controle glicêmico), com reajustes do plano alimentar conforme evolução do peso, glicemia e exames.

#### 4.7. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo a FEBRASGO, a definição de hipertensão na gravidez é pressão arterial  $\geq 140\text{mmHg}$  e/ou  $\geq 90\text{mmHg}$ , avaliada após um período de repouso, com a paciente em posição sentada e manguito apropriado, considerando-se pressão diastólica o valor obtido no desaparecimento da bulha cardíaca (5°. som de Korotkof).

Segundo as “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação, no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.
- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria.
- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.

- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: é definida pela elevação aguda da PA, a qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

A gestante identificada como hipertensa na APS, em qualquer das categorias de síndrome hipertensiva supra-relacionadas, deverá ser estratificada como gestante de alto risco, devendo ser vinculada para realização de pré-natal e do parto em serviço de referência para gestação de alto risco. O tratamento deve ser iniciado na APS no momento do diagnóstico, a tabela abaixo pode ajudar na escolha terapêutica. Utilize sempre as medicações na posologia indicada, de forma a garantir tratamento efetivo a paciente.

Quadro 8. Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação.

| Classe do agente                                     | Agente                                              | Posologia                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Simpatolíticos de ação central, $\alpha$ 2-agonistas | <b>Metildopa</b><br>Comprimidos de 250-500 mg       | 750mg a 2g/dia, 2 a 4x/dia                                                                                                              |
|                                                      | <b>Clonidina</b><br>Comprimidos de 0,1-0,2 mg       | 0,2 a 0,6 mg/dia, 2 a 3x/dia                                                                                                            |
| Bloqueadores de canais de cálcio                     | <b>Nifedipino Retard</b><br>Comprimidos de 10-20 mg | 20 a 120 mg/dia, 1 a 3x/dia                                                                                                             |
|                                                      | <b>Anlodipino</b><br>Comprimidos de 2,5-5-10 mg     | 5 a 20 mg/dia, 1 a 2x/dia                                                                                                               |
| Vasodilatador periférico*                            | <b>Hidralazina</b><br>Drágeas de 25-50 mg           | 50 a 150 mg/dia, 2x/dia                                                                                                                 |
| Betabloqueadores *                                   | <b>Metoprolol</b><br>Comprimidos de 25-50-100 mg    | 100 a 200 mg/dia,<br>1 a 2 x/dia                                                                                                        |
|                                                      | <b>Carvedilol</b><br>Comprimidos de 6,25-12,5-25 mg | 12,5 a 50 mg/dia<br>1 a 2 x/dia<br><small>Recomenda-se iniciar com 12,5mg/ dia por dois dias e, a partir disso, aumentar a dose</small> |

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). 2025.

\*Os betabloqueadores são recomendados APENAS como terceiro fármaco (associação de medicamentos) em pacientes com difícil controle dos valores pressóricos.

#### 4.7.1. PROFILAXIA DE PRÉ-ECLÂMPسيا

A indicação de profilaxia de pré-eclâmpسيا é medida amplamente difundida no Brasil e no mundo. O uso regular de cálcio por todas as gestantes brasileiras é uma das condutas adotadas nesse sentido. Para as gestantes que apresentarem fatores de risco clínico adicional, segundo o quadro abaixo, deve-se indicar também o uso de AAS como medida profilática.

A RBEHG aponta que *“a única medicação recomendada para a redução de risco de desenvolver pré-eclâmpسيا é o ácido acetilsalicílico (AAS), que deve ser ingerido na dose de 100 mg, à noite, com início na 12ª semana de idade gestacional. É importante ressaltar que o melhor momento para introduzir a medicação é entre 12 e 16 semanas, mas que se por qualquer motivo não foi iniciado, ainda haverá benefício se introduzido até a 20ª semana de gestação. O AAS deve ser mantido até 36 semanas de idade gestacional e então suspenso, pelo risco de maior sangramento. Entretanto, se a paciente desenvolve pré-eclâmpسيا, recomenda-se suspender a ingestão do AAS, pois sua manutenção nestes casos não confere benefícios e pode relacionar-se com maiores riscos de sangramento intraparto. Em caso de alergia ao AAS, não existem outras medicações (Ex. dipiridamol) que possam ser utilizadas com a finalidade de prevenir a pré-eclâmpسيا. Neste contexto, ressaltamos que a enoxaparina não deve ser utilizada com essa finalidade.”*

#### 4.8. SÍFILIS

O tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não-treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização em ambiente hospitalar e o tratamento com penicilina G benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante poderá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e

abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

Atraso de doses maior que 2 dias não são aceitas em gestante e criança com sífilis congênita, nesses casos o esquema terapêutico preconizado deverá ser reiniciado.

Não é necessário a realização de sorologia para o(s) parceiro(s) sexual(is) de gestantes com sífilis. Recomenda-se a prescrição de Penicilina G Benzatina 7.200.000UI (03 séries de 2.400.000UI, com intervalo de 07 dias) para tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) de gestantes com sífilis. (CURITIBA, 2004).

Realizar testes não-treponêmicos mensalmente nas gestantes, e continuar o seguimento após o parto. Redução de dois ou mais títulos do teste não-treponêmico (ex: de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após 6 a 9 meses do tratamento demonstra a cura da infecção. É importante ressaltar que a completa negatificação dos testes não-treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento.

No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em 3 meses e três diluições em 6 meses (ex.: de 1:32 para 1:8, após 3 meses e para 1:4 após 6 meses). Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta. A elevação de títulos dos testes não-treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64), em relação ao último exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado.

Na sífilis latente, avaliar neurosífilis e retratamento se: título aumentar 4 vezes; título inicial elevado ( $\geq 1:32$ ) que não baixa 4 vezes em 12 a 24 meses, ou aparecimento de sinais ou sintomas de sífilis.

**Tratamento adequado:** Tratamento completo e documentado; adequado para a fase da doença; feito com penicilina G benzatina; parceiro sexual com sífilis tratado concomitante; gestante ter apresentado queda de 2 titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL/RPR) ou títulos estáveis, se o título inicial era menor ou igual a 1:4; instituído ANTES dos 30 dias do parto para evitar a sífilis congênita.

É importante ressaltar que o preenchimento adequado da carteirinha de PN é um guia para Acompanhamento de Sífilis na gestação e deve ser preenchida adequada e completamente.

#### 4.9. HIV

Lembrar que a primeira consulta do pré-natal é oportunidade única e essencial para realização de testagem rápida de ISTs na gestante com diagnóstico imediato e possíveis seguimentos em tempo mais oportuno.

Com diagnóstico definido, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco e ao Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS.

Cabe à APS notificar a vigilância epidemiológica municipal, assim como orientar a gestante que o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno (mamada) e, portanto, está contra-indicado. (BRASIL, 2012)

#### 4.10. TOXOPLASMOSE

Na Rede Materno-Infantil do Estado do Paraná, recomenda-se a solicitação de sorologia para toxoplasmose no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG). Se a gestante for susceptível (IgM e IgG não reagentes), repetir a sorologia no início do 2º e 3º trimestres. Se a gestante for imune (IgM não reagente e IgG reagente) não é necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em gestantes com imunodeficiência). Importante ressaltar que nos casos com IgM positivo, em Maringá, o laboratório já realiza o teste de avidéz de IgG na mesma amostra.

As gestantes suscetíveis e imunes devem receber orientações sobre Prevenção Primária:

- Lavar as mãos ao manipular alimentos;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Evitar a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.);

- Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra;
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lavar bem as mãos após o contato com os animais. (BRASIL, 2012)

A Diretriz nacional para conduta clínica, diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Toxoplasmose Congênita (2022), propõe os fluxogramas dos **ANEXOS 1 e 2** para diagnóstico e tratamento. Eles serão seguidos por nossa equipe e devem ser seguidos pela APS.

#### 4.11. HEPATITE B

Recomenda-se a triagem sorológica do vírus VHB, por meio da pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg) ou teste rápido para hepatite B, já desde o primeiro trimestre/1ª consulta.

No caso de gestante com HBsAg reagente, deve ser realizado notificação e então encaminhar a mesma ao ambulatório específico (ligar e agendar consulta), devendo permanecer o acompanhamento concomitante na Atenção Primária.

A amamentação não é contra-indicada em gestantes com hepatite B ou C que possuam baixa carga viral. Orientar a mãe que caso apresente fissura nas mamas deve parar de amamentar momentaneamente, retomando a amamentação assim que cicatrização da lesão.

O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para a Hepatite B e que perderam a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços. A administração da vacina contra hepatite B pode ser aplicada somente após o primeiro trimestre de gestação (contra-indicada no primeiro trimestre). Essa estratégia contribui para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70% a 90%), quando ocorre a contaminação em idade precoce. (BRASILb, 2009)

Observações importantes no RN:

- Verificar se foi administrada no hospital a vacina para hepatite B. A vacina contra a Hepatite B deverá ser administrada universalmente para todos os recém-nascidos, independentemente da mãe ser portadora ou não do VHB. (BRASILa, 2012)
- Nos casos de mãe HBsAg reagente, além de garantir a aplicação da 1ª dose da vacina para hepatite B, também a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento. (BRASILa, 2012)
- A primeira dose de vacina deve ser administrada simultaneamente com a imunoglobulina humana anti-hepatite B, mas em locais diferentes do corpo. (BRASILb, 2008)
- Para o RN assintomático, completar as doses da vacina para hepatite B e, aos 09 e 15 meses, solicitar o anti-HbsAg. (BRASILa, 2012)
- No caso de RN sintomático, encaminhar a criança ao serviço de referência. Verificar se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura da UBS. (BRASILa, 2012).

#### 4.12. HEPATITE C

No caso da gestante apresentar ANTI-HCV reagente, deve ser realizada notificação e então encaminhar a mesma ao ambulatório específico (ligar e agendar consulta), devendo permanecer o acompanhamento concomitante na Atenção Primária.

A amamentação não é contra-indicada em gestantes com hepatite B ou C que possuam baixa carga viral. Orientar a mãe que caso apresente fissura nas mamas deve parar de amamentar momentaneamente, retomando a amamentação assim que cicatrização da lesão.

#### 4.13. MEDIDA DE COLO DE ÚTERO

Se o comprimento do colo for menor que 2,5 cm, deve-se encaminhar a gestante ao Pronto Atendimento Obstétrico de referência para avaliação e conduta.

Lembre-se de solicitar o exame em tempo oportuno para realização ao redor de 18 semanas de gestação.

#### 4.14. STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Anotar resultado no cartão da gestante e anexar o exame na parte interna da capa frontal; os casos positivos serão tratados nos hospitais de referência no momento do parto.

## 5. DIAGNÓSTICO E MANEJO DE AGRAVOS FETAIS

O diagnóstico e manejo de agravos fetais deve ser um dos focos de todas as consultas de pré-natal, porém exames de imagem são essenciais para complementação daquilo averiguado clinicamente, sendo a ultrassonografia obstétrica o padrão-ouro.

A primeira ultrassonografia deve ser solicitada, conforme indicado no item 2.1 desse manual, já na primeira consulta, mediante teste de gravidez positivo. Esse primeiro ultrassom, contanto que venha com o BCF registrado, será utilizado até o final como base para a estimativa da idade gestacional. Dessa maneira, o profissional deve calcular a idade gestacional obstétrica do feto levando em consideração a data deste primeiro exame (se tiver BCF) e o número de semanas e dias do laudo. Existem múltiplas calculadoras online e em aplicativos para essa determinação, podendo-se recorrer, também, ao cálculo manual.

Entre a 16<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup> semanas, o profissional deve solicitar a ultrassonografia morfológica, para realização entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas. O último exame de imagem que é realizado, em gestantes de baixo risco, é a ultrassonografia obstétrica com doppler, que deve ser solicitada até as 30 semanas, para realização após esse período.

O AME instituiu, com bases em protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, dois documentos que encontram-se em anexo, ao final desse manual, e que devem ser conhecidos e estudados por todos os profissionais que realiza pré-natal: a Nota Técnica nº 02/2025, que estabelece padrões de conformidade para laudos de USG obstétrica e auxilia na leitura desses documentos (**ANEXO 3**) e o Protocolo para Realização de Ecodopplercardiograma Fetal com Mapeamento de Fluxo de Cores, que delimita os critérios de indicação para mais esse exame de imagem (**ANEXO 4**).

### 5.1. PESO FETAL

Deve-se avaliar o peso fetal através do PERCENTIL. Calcular a idade gestacional pelo 1º USG no dia do exame de ultrassonografia e então comparar com os valores dos percentis presentes na última versão da caderneta da gestante ou na tabela X. Exemplo:

- 1ºUSG – 10/01/2025 – 11 semanas e 1 dia

- 2º USG – 20/03 – desconsiderar a idade gestacional do laudo do USG e calcular a idade gestacional pelo 1º USG no dia do exame. No caso do exemplo – entre os dia 10/01/25 e 20/03/25 são 9 semanas e 6 dias, somados com a idade gestacional no 1º USG = 21 semanas e 0 dias na data do 2º USG. Então comparar o peso fetal com o de 21 semanas (Percentil 10 – 331 gramas // Percentil 90 – 467 gramas).

A seguir, classificar e encaminhar ao Pré-natal de Alto risco se:

- RETARDO DO CRESCIMENTO INTRAUTERINO: peso fetal estimado abaixo do percentil 10
- MACROSSOMIA FETAL: peso fetal estimado acima do percentil 90

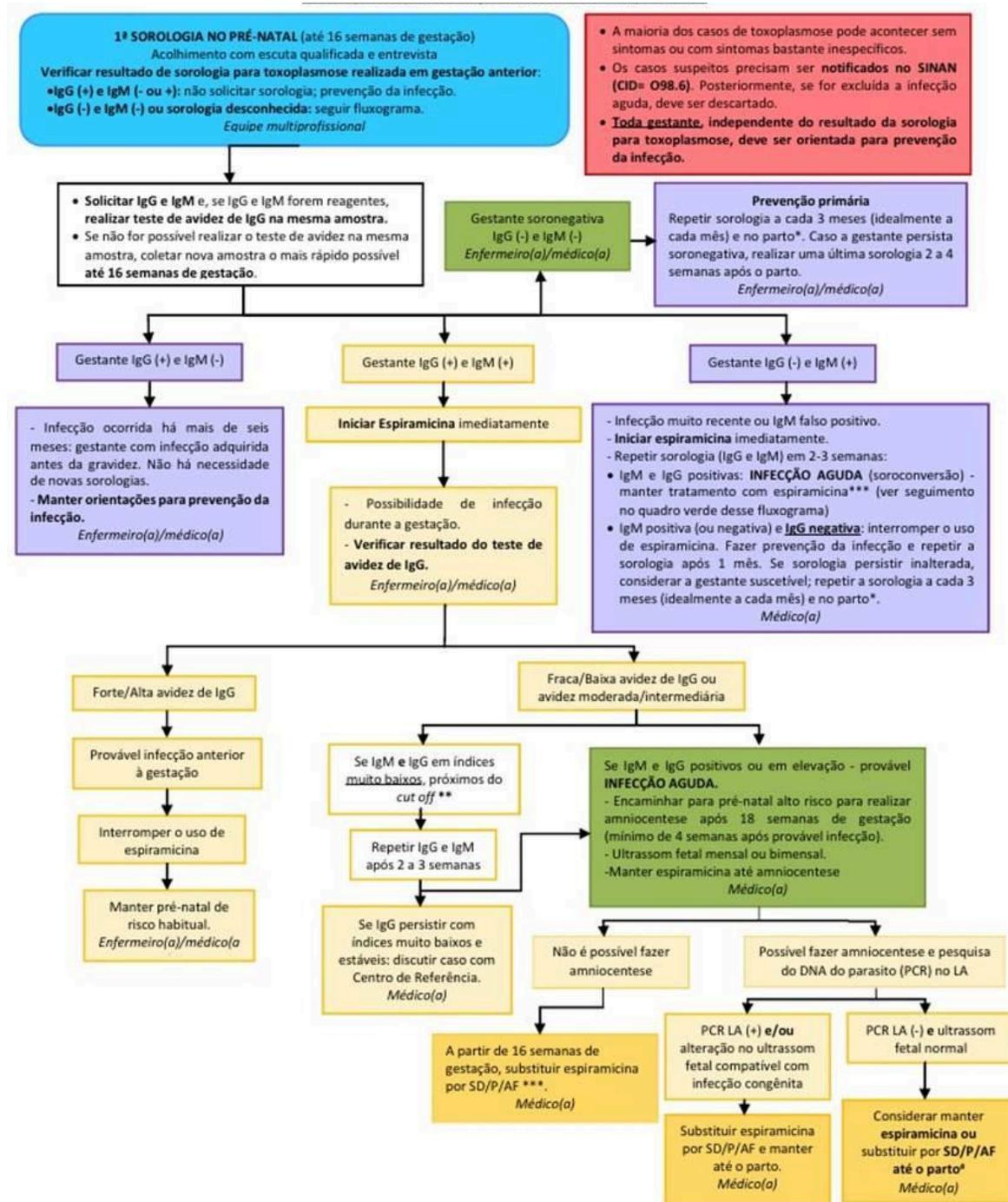
## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. 54 p. ISBN 978-85-334-2885-0. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de notificação e investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 31 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_notificacao\\_investigacao\\_toxoplasmose\\_gestacional\\_congenita.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf).
3. Caderno de Atenção ao Pré-Natal – Alto Risco. **Secretaria da Saúde do Paraná (SESA)**. Curitiba: SESA; [s.d.].
4. Caderno de Atenção ao Pré-Natal – Risco Habitual. **Secretaria da Saúde do Paraná (SESA)**. Curitiba: SESA; [s.d.].
5. Diabetes gestacional. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**. [S.l.]: FEBRASGO; [s.d.]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FEMINAZ11ZV3.pdf>.
6. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023**. São Paulo: Clannad Editora Científica; 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-11. ISBN: 978-85-5722-906-8.
7. Fabbril CEF, Furtadoll EF, Laprega M. **Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE**. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):685–91.
8. Figueira P, Côrrea H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva CA. **Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde**. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 1):79–84.
9. Linha de Atenção Materno Infantil. **Secretaria da Saúde do Paraná (SESA)**. Curitiba: SESA; [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>.
10. Manual de Assistência ao Recém-Nascido. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual\\_assistencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf).
11. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, et al. **Diretriz canadense para atividade física durante a gravidez de 2019**. Martins N, trad. [S.l.: s.n.]; 2019.

Tradução de: 2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.07.001.

12. Nóbrega FJ. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes**. São Paulo: Centro de Promoção e Atenção à Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital Israelita Albert Einstein; 2005.
13. Pereira VA, Chiodelli T, Rodrigues OMP, Silva CSO, Mendes VF. **Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas**. Pensando Famílias. 2014;18(2):71–86.
14. Protocolo assistencial de pré-eclâmpsia. **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez**. Brasília; 2025.
15. World Health Organization. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336657>.
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Assistência pré-natal baseada em evidências: documento de consenso**. Rev Femina. 2024;52(1):1–16. Disponível em: [https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE\\_pdfs/FPS20240003\\_Portugues.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/FPS20240003_Portugues.pdf).

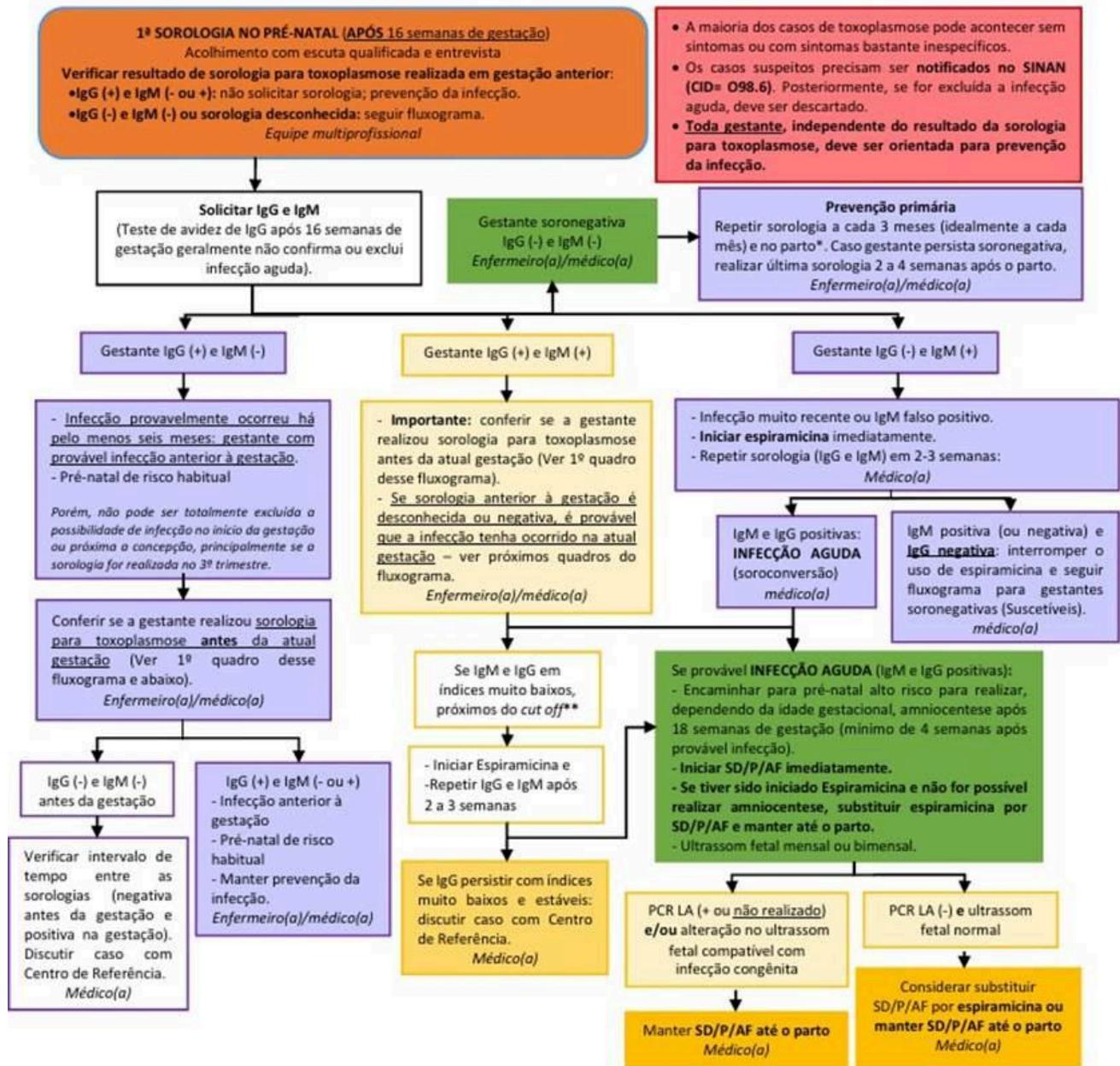
**ANEXO 1 - Fluxograma de triagem de toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada até 16 semanas de gestação (gestantes imunocompetentes)**



\*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.  
\*\* Possibilidade de ser IgM residual. A avides de IgG também pode persistir baixa por longo tempo em alguns casos.  
\*\*\* Se a infecção fetal for confirmada no primeiro trimestre de gestação (alteração no ultrassom fetal), o que é raro: antes de 14 semanas de gestação trocar para apenas sulfadiazina; após 14 semanas iniciar diretamente com SD+P+AF ou acrescentar P+AF, se já vinha usando a sulfa.  
# Recomenda-se que infecções adquiridas no terceiro trimestre de gestação sejam tratadas com SD+P+AF independentemente do resultado do PCR em LA.  
SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Fólico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico  
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

**ANEXO 2 - Triagem da toxoplasmose no pré-natal: primeira sorologia realizada com mais de 16 semanas de gestação (gestantes imunocompetentes)**

**FLUXOGRAMA 2 - TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA COM MAIS DE 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO (aplica-se a gestantes imunocompetentes)**



\* A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

\*\* Possibilidade de ser IgM residual.

SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Folinico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

## ANEXO 3 - Nota Técnica do AME a respeito dos laudos de ultrassonografia obstétrica



### NOTA TÉCNICA Nº 02/2025

Estabelece padrões mínimos de conformidade para Laudos de Ultrassonografia Obstétrica a serem adotados pelos profissionais que prestam serviços ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Ivaiporã.

#### 1. Introdução

A ultrassonografia obstétrica é um exame essencial no acompanhamento pré-natal, permitindo avaliar o desenvolvimento fetal, detectar possíveis anomalias e contribuir para a definição de condutas clínicas. Contudo, a qualidade e a completude dos laudos são determinantes para que a informação produzida nesse exame tenha efetiva utilidade clínica, especialmente para nortear os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME) na melhor atenção obstétrica.

Esta Nota Técnica tem por objetivo estabelecer os padrões mínimos de conformidade que devem ser observados na emissão de laudos de ultrassonografia obstétrica, com vistas à padronização, legibilidade, clareza na interpretação e promoção da segurança clínica da gestante e do bebê.

#### 2. Estrutura Mínima do Laudo de Ultrassonografia Obstétrica

O laudo deve conter, obrigatoriamente, os seguintes elementos informativos:

##### 2.1 Dados de Identificação

Nome completo da gestante;  
ID ou Cartão Nacional do SUS;  
Data do exame;  
Idade gestacional na data do exame;  
Nome e CRM do médico solicitante;  
Nome e CRM do médico responsável pelo exame.

##### 2.2 Tipo e Indicação do Exame

Tipo de ultrassonografia realizada (ex.: ultrassonografia obstétrica de 1º trimestre, morfológica, de crescimento, etc.);  
Indicação clínica (se houver);  
Técnica utilizada (transabdominal, transvaginal ou ambas).

##### 2.3 Parâmetros Obrigatórios por Período Gestacional

###### Ultrassonografia do 1º trimestre (até 13 semanas e 6 dias):

Presença e localização do saco gestacional;  
Presença de embrião e batimentos cardíacos;  
Medida do comprimento cabeça-nádega (CCN);  
Número de fetos\*;  
Presença de vesícula vitelina;  
Avaliação de anexos (ovários, corpo lúteo, etc.);  
Datação da gestação (idade gestacional calculada por CCN);  
Presença ou não de descolamento ovular.

\* Em casos de gestação gemelar, é obrigatória a identificação da corionicidade e amnionicidade, com a descrição se a gestação é monocoriônica ou dicoriônica, e se é monoamniótica ou diamniótica. Essa informação é essencial para definir o prognóstico perinatal, o plano de acompanhamento pré-natal e a previsão da idade gestacional para o parto.

A ausência dessa especificação compromete a conduta clínica, uma vez que gestações monocoriônicas tendem a ter maior risco de complicações e partos mais precoces.

#### **Ultrassonografia do 2º trimestre (14 a 27 semanas e 6 dias):**

- Biometria fetal (DBP, HC, AC, FL);
- Estimativa de idade gestacional e peso fetal;
- Número de fetos e vitalidade fetal;
- Localização placentária e grau de maturidade;
- Quantidade de líquido amniótico (ILA ou avaliação subjetiva);
- Morfologia fetal básica (coração, crânio, coluna, face, abdome, rins, membros, bexiga);
- Colo uterino (se indicado ou transvaginal);
- Cordão umbilical (inserção, número de vasos).

#### **Ultrassonografia do 3º trimestre (a partir de 28 semanas):**

- Crescimento fetal (biometria + curva de crescimento);
- Estimativa de peso fetal;
- Apresentação fetal;
- Quantidade de líquido amniótico;
- Vitalidade fetal (movimentos, batimentos cardíacos);
- Localização e grau da placenta;
- Reavaliação da morfologia se necessário.

#### **Parâmetros obrigatórios:**

Estimativa de peso fetal, calculada preferencialmente com base na fórmula de Hadlock (recomenda-se o uso da fórmula Hadlock IV, que utiliza as medidas de DBP, HC, AC e FL, por ser amplamente validada e adotada nos protocolos assistenciais nacionais e internacionais);

#### **2.4 Impressão Diagnóstica e Conclusão**

- Sumário claro dos achados;
- Indicação de normalidade ou anormalidade;
- Sugestões de conduta ou necessidade de seguimento (quando aplicável);
- Recomendações específicas, como encaminhamentos ou repetição de exame, se necessário.

#### **3. Requisitos Adicionais de Qualidade**

- Linguagem objetiva, técnica e acessível para os profissionais da Rede;
- Uso de terminologia padronizada e ausência de abreviaturas não convencionadas;
- Imagens impressas anexas;
- Prazo adequado de entrega do laudo para que ele seja útil à conduta clínica (preferencialmente imediatamente após o exame).

#### **4. Considerações Finais**

A padronização dos laudos de ultrassonografia obstétrica é fundamental para garantir continuidade do cuidado, apoiar o processo decisório clínico e prevenir eventos adversos evitáveis, especialmente nos cenários de maior vulnerabilidade.

Recomenda-se que os serviços utilizem tabelas e fórmulas padronizadas para cálculo de peso fetal, especialmente a fórmula de Hadlock IV, a fim de promover consistência nas estimativas e apoiar a continuidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção da Rede.

Recomenda-se ainda que os serviços contratantes e os profissionais da APS utilizem essa Nota Técnica como referência para avaliação da qualidade dos laudos recebidos, bem como para qualificação dos fluxos assistenciais no pré-natal.

O CIS Ivaiporã adotará imediatamente os termos, solicitando aos prestadores já contratados a imediata adequação.

Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha  
Coordenadora do AME

#### Anexo 1

##### Abreviaturas e Legendas Utilizadas

| Abreviatura | Significado                     |
|-------------|---------------------------------|
| AC          | Circunferência Abdominal        |
| CCN         | Comprimento Cabeça-Nádega       |
| CNS         | Cartão Nacional de Saúde        |
| CRM         | Conselho Regional de Medicina   |
| DBP         | Diâmetro Biparietal             |
| DUM         | Data da Última Menstruação      |
| FL          | Comprimento do Fêmur            |
| HC          | Circunferência Cefálica         |
| ILA         | Índice de Líquido Amniótico     |
| BCF         | Batimentos Cardíacos Fetais     |
| USG         | Ultrassonografia                |
| USG TV      | Ultrassonografia Transvaginal   |
| USG TA      | Ultrassonografia Transabdominal |

## ANEXO 4 - Protocolo do AME para realização de ecodopplercardiograma fetal com mapeamento



### PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES

#### 1. OBJETIVO

Estabelecer os critérios técnicos e clínicos para a solicitação e realização do ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores, visando a detecção precoce de cardiopatias congênitas e anomalias funcionais do sistema cardiovascular fetal para as gestantes de alto risco acompanhadas pelo Ambulatório Multiprofissional Especializado do CIS Ivaiporã.

#### 2. INDICAÇÃO

##### 2.1. Idade Gestacional Ideal

Recomendada: 25 a 28 semanas

Possível de ser realizado entre: 18 e 34 semanas

##### 2.2. Reavaliações

Indicar reavaliações periódicas em casos de:

Exame com alterações sugestivas de cardiopatia

Exame inconclusivo

#### 3. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

##### 3.1. Fatores de Risco Familiares

História familiar de cardiopatia congênita (parentes de até 2º grau)

Síndromes genéticas com associação conhecida a cardiopatias fetais:

Síndrome de Noonan

Esclerose tuberosa

##### 3.2. Fatores de Risco Maternos

Idade materna: < 15 anos ou > 35 anos

Fertilização in vitro (FIV)

Fenilcetonúria materna

Diabetes mellitus tipo 1 ou 2

Infecções congênitas com potencial cardiotóxico

Cardiopatia congênita materna

Exposição a agentes teratogênicos com ação cardíaca:

Carbonato de lítio

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)

Fenitoína

Ácido valpróico

Varfarina

Ácido retinóico

Trimetadiona

Carbamazepina



Isotretinoína  
Paroxetina  
Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): indometacina, diclofenaco, piroxicam  
Vasoconstritores nasais  
Doenças inflamatórias autoimunes com risco de bloqueio atrioventricular fetal:  
Lúpus eritematoso sistêmico (LES)  
Artrite reumatoide  
Dermatomiosite  
Síndrome de Sjögren  
Presença de autoanticorpos Anti-Ro e/ou Anti-La

### 3.3. Fatores de Risco Fetais

Suspeita de anomalia cardíaca em ultrassonografia obstétrica ou morfológica  
Suspeita de anomalias extracardíacas associadas  
Translucência nucal aumentada  
Diagnóstico de cromossomopatias  
Gestação gemelar monocoriônica  
Presença de foco hiperecogênico em ventrículo esquerdo ("Golf Ball"), associado a outras alterações fetais  
Hidropsia fetal ou presença de derrames (pleural, pericárdico, ascite)  
Restrição de crescimento intrauterino (RCIU)  
Artéria umbilical única  
Arritmias cardíacas fetais:  
Ritmo irregular  
Taquicardia fetal (BCF > 200 bpm)  
Bradicardia fetal (BCF < 100 bpm)  
Alterações no volume de líquido amniótico:  
Oligodrâmnio  
Polidrâmnio

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A solicitação deve ser fundamentada em critérios clínicos e epidemiológicos, conforme listado acima. O exame deve ser realizado por profissional habilitado em cardiologia fetal, credenciado junto ao CIS Ivaiporã.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pedra SRFF, Zielinsky P, Binotto CN, Martins CN, Fonseca ESVB, Guimarães ICB et al. Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 112(5):600-648.  
Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Protocols for High-Risk Pregnancies. 7 ed. Wiley-Blackwell, 2021.  
Zugaib M, Francisco RPV. Obstetrícia. 4 ed. Manole, 2019.