



Consulta Pré-concepcional

Medidas/Metas pré-concepcionais mais relevantes:

- Ausência de uso de tabaco
- Ausência de depressão não controlada
- Ausência de ISTs
- Prevenção de exposição a teratogênicos
- Peso saudável (índice de massa corporal >18 e <30 kg/m²)
- Uso de ácido fólico começando três meses antes da concepção
- Controle glicêmico ideal
- Gravidez planejada
- Primeira consulta de pré-natal antes de 12 semanas de gestação

S Identificar problemas de saúde (HAS, diabetes, tireoideopatias, doenças psiquiátricas, obesidade, etc); violência doméstica; história gineco-obstétrica; situações de risco para doença genética; uso de medicamentos; tabagismo, uso de bebida alcoólica ou drogas; condições de trabalho e, riscos de exposição a tóxicos ambientais.

O Realizar exame físico (incluindo peso/altura/IMC, TA) e ginecológico completo. Exame CP, se indicado.

P

Solicitar **exames complementares**: hemograma; glicemia de jejum; E.Q.U.; sorologias/teste rápido (HbsAg, Anti-HCV, VDRL e Anti-HIV); sorologia para toxoplasmose e rubéola (ou histórico vacinal). Rastrear doença falciforme (eletroforese de Hb). Rastrear infecção por clamídia com suabe vaginal (idealmente) ou urina por biologia molecular, se critérios de risco para ISTs (ver anexo - item 1).

Solicitar **exames complementares para a parceria**: testes rápidos ou HbsAg; Anti-HCV, Anti-HIV e VDRL. Conforme idade/sexo/critérios de risco, oferecer/oportunizar rastreamentos indicados.

Identificar **situação vacinal** (ver a seguir, primeira consulta de pré-natal). Orientar que vacinas tais como Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela, Dengue e HPV são contra indicadas na gestação. Recomenda-se adiar 30 dias a gestação após imunização com vacina de vírus vivo atenuado.

Prescrever **ácido fólico** – 0,4 mg- 1x/dia, começando pelo menos um mês antes da tentativa de concepção e continuando durante a gravidez e por quatro a seis semanas pós-parto ou até o término da amamentação. Mulheres com maior risco de ter um filho com defeitos do tubo neural (ver anexo - item 2) devem ser suplementadas com dose maior (1 a 4 mg/d, conforme critério de risco). Esta dose deve ser iniciada um a três meses antes da concepção e mantida durante as primeiras 12 semanas de gestação, quando a dose é reduzida para 0,4 mg e continuada até quatro a seis semanas após o parto ou até o término da amamentação para atender às necessidades contínuas de folato materno e fetoplacentário.

Estimular **hábitos saudáveis**: praticar exercício, atingir peso adequado (IMC entre 18 e 30), ter uma alimentação saudável, orientar higiene dos alimentos (especialmente se toxoplasmose suscetível) e para prevenir-se contra picadas de mosquitos. Cessação do tabagismo, álcool e outras drogas.

Atentar (e orientar/encaminhar adequadamente) para **situações específicas**, tais como: presença de hipertensão, fenilcetonúria, hipo ou hipertireoismo, diabetes, doenças psiquiátricas, infecção pelo HIV (mulher **ou** parceria), situação risco para doenças genéticas, medicamentos de uso contínuo (exemplo: bloqueadores do receptor de angiotensina –BRAS- e inibidores da enzima conversora de angiotensina –ECA– devem ser substituídos). Orientar riscos relacionados à **gestação em idade avançada** (infertilidade, aneuploidia fetal, aborto espontâneo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e natimorto)

Consultas de Pré-natal

Abordagem centrada na gestante:

Considerar representações e experiências em relação à saúde/doença/gestação/maternidade + entender a gestante em sua individualidade e contexto (família/emprego/comunidade) + elaborar com a gestante um projeto comum de acompanhamento pré-natal/compartilhar decisões + intensificar relação profissional/gestante/casal

Ao escolher Z34.9 (Supervisão de Gravidez Normal, não específica), abre-se a Linha de Cuidado Gestante.

Recomenda-se nas consultas de pré-natal:

- **Identificar DPP** (registrar sempre uma DUM. A DPP será calculada automaticamente) e confirmar a DPP (que poderá ser corrigida, por exemplo, pela ecografia). Tanto o registro da DUM, quanto a segunda DPP poderão ser alteradas pelo pré-natalista a qualquer momento.
- Identificar **expectativas** em relação à gestação. Se indesejada, acolher e aconselhar ([Gravidez Indesejada SBMF](#))
- Estimular a **participação do pai, parceria ou acompanhante** da gestante no pré-natal, no parto e nos cuidados da gestante e do bebê.
- Realizar **anamnese, exame físico (TA, AU, BCF) e avaliação nutricional (IMC)**.
- Solicitar e/ou avaliar **exames complementares**.
- Prescrever **ácido fólico** (períodos e doses, ver acima na Consulta Pré-concepcional) e **ferro** (30-60mg de ferro elementar/dia) e orientar **vacinas** (ver primeira consulta)
- Reforçar/lembrar **sinais de alerta na gestação** (sangramento, perda de líquido, diminuição de movimentação fetal, dor, entre outros), assim como sintomas respiratórios e febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- Identificar a presença de **situações de risco** em todas as consultas e avaliar necessidade de referenciá-la - [Telessaúde](#)
- Identificar hábito de **tabagismo** ou de uso de **outras substâncias** e estimular/acompanhar a sua interrupção.
- **Registrar** informações no PEP (Linha de Cuidado do SSC – Gestante) e na carteirinha da gestante. A carteira da gestante será digitalizada no momento do parto (quando no GHC) e incluída no PEP no item “outros exames/doc do paciente”. **Atenção:** É possível registrar no PEP/Linha de Cuidado no item “data retroativa” datas de consultas de pré-natal realizadas fora do GHC ou no Alto-risco (assim, serão contabilizadas para cálculo de indicadores).
- Estimular acompanhamento com a equipe de **saúde bucal** e **nutricionista**.

Consulta / IG	Lembretes específicos para as consultas conforme IG
Primeira consulta e/ou < 20 semanas (ideal, antes de 12 semanas) Recomendação forte 	• Orientar sobre a importância do pré-natal, a realização dos exames complementares, estimular hábitos saudáveis (alimentares, de exercício), identificar problemas de saúde (ex: cardiopatias, diabetes, depressão) e hábitos nocivos (ex: fumo, álcool e outras drogas), orientar ganho de peso, alertar para possíveis intercorrências, investigar violência doméstica, uso de medicamentos, orientar medidas preventivas de infecções (ex: Zika, Toxo), estimular participação em atividades de educação em saúde coletivas. • Verificar situação vacinal e aprazar vacinas: Covid-19 (a qualquer momento); Influenza (anualmente, conforme calendário sazonal. Há benefício em vacinar mesmo após campanha enquanto houver circulação viral); dTpa a cada gestação, uma dose entre 27 e 36 sem, mesmo se esquema prévio completo (3 doses); se incompleto, iniciar ou completar esquema - 0,1 e 6 meses, sendo uma delas dTpa conforme idade gestacional; Hepatite B (se não for previamente vacinada OU esquema vacinal desconhecido OU risco para contrair hepatite B e HBsAg e Anti-HBs não reagentes - 3 doses - 0, 1 e 6 m – Brasil.MS, 2016); Outras vacinas encontram-se disponíveis em situações especiais. (ver Calendário de Vacinação de Gestantes da SBIM https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf) • Encaminhar para consulta com equipe de saúde bucal • Realizar exame físico completo, incluindo exame ginecológico (atentar para TA, Peso/altura e IMC). Orientar sobre ganho de peso a partir do IMC pré-gestacional: IMC <18,5 kg/m² (12,5 a 18 Kg); IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m² (11,5 a 16 Kg); IMC entre 25 a 29,9 kg/m² (7 a 11,5Kg); IMC ≥30,0 kg/m² (5 a 9 KG) • Auscultar BCF (110 a 160 bpm - possível avaliar a partir de 12 semanas) e medir AU (a medida correlaciona-se com as semanas de IG entre 16-36 sem). • Suplementação de ac. fólico (ver doses e períodos no item Consulta pré-concepcional) e ferro durante toda gestação (30-60mg Fe elementar/dia, sugestão 1 comprimido 40mg/dia; considera-se uso em dias intercalados se intolerância - Cochrane, 2015). • Avaliar risco para pré-eclampsia (anexo - item 3) e a indicação de iniciar AAS em baixa dose (dose de 75 a 150mg - idealmente dose de 150mg segundo FEBRASGO, 2023) a partir de 12 sem (idealmente antes de 16 semanas) e manter até o parto. Considerar suplementação de cálcio, se ingestão baixa (< 800mg/dia)*, na dose indicada (a partir de 1 a 2g/dia) *Sugere-se avaliação com nutricionista. • Solicitar ecografia obstétrica (recomendada de acordo com recursos, apesar de ausência de evidência de melhora de prognóstico perinatal (Brasil.MS, 2016 - grau A) - Entre 10-13 sem - melhor momento para a datação (recomendação forte) e rastreamento de aneuploidia fetal com translucência nuchal (se recurso disponível, e com decisão compartilhada com a gestante sobre limitações do método e riscos de falsos-positivos e falsos-negativos - Brasil.MS, 2016 - grau B). - Entre 18-22 sem - avaliação morfológica fetal (ACOG in Dynamed, 2023 - grau C); se recursos limitados e apenas um único exame disponível, o momento ideal seria neste período (para datação e avaliação fetal). • Informar os objetivos e solicitar os exames complementares: 1. Hemograma 2. Grupo sanguíneo e fator Rh 3. Coombs indireto (se gestante Rh negativo e pai Rh positivo ou desconhecido) 4. Eletroforese de hemoglobina 5. Glicemia de jejum (se a 1ª consulta for com 24 s ou mais, pedir direto TOTG75g) 6. EQU e urocultura com antibiograma 7. Rastreamento para clamídia e gonococo através de Suabe vaginal (idealmente) ou urina – por biologia molecular (<30 anos ou com 30 ou mais se fator risco para IST (Anexo item 1); Disponível via Gercon. 8. Teste rápido para Sífilis ou VDRL (se reagente, seguir algoritmo específico) 9. Teste rápido/Anti-HIV 10. HBsAg ou teste rápido (se HBsAg negativo e: ausência de vacinação documentada sem alto risco para exposição – ver anexo item 4 - vacinar; se alto risco para exposição a hepatite B, solicitar Anti-HBs e Anti-HBc total; se Anti-HBs positivo, considerar imune; se negativo, vacinar). 11. Anti-HCV ou teste rápido 12. IgG e IgM para toxoplasmose (caso seja suscetível - repetir idealmente mensal, ou no mínimo a cada 3 meses) 13. CP (se indicado) 14. IgG para rubéola (se negativo, paciente deve ser orientada a vacinar no pós-parto) 15. TSH (conforme risco- anexo item 5) Exames mínimos para a parceria: 1. Teste rápido/VDRL 2. Teste rápido/Anti-HIV 3. Teste rápido/HBsAg e hepatite C 4. Tipagem sanguínea (se gestante Rh -) Outros exames, consultas, imunizações - conforme avaliação individual.

Entre 24-28 semanas (consultas mensais) Recomendação forte	• Orientar sobre o resultado de cada exame complementar, informar os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e outros sinais de alerta (sangramento, perda de líquido, diminuição da movimentação fetal, dor abdominal, sinais de TPP), identificar início da movimentação fetal. Orientar sobre as mudanças psicológicas que ocorrem na gestação. Investigar sintomas de depressão, ansiedade e sinais e sintomas de violência doméstica. Lembrar vacina dTpa (indicação entre 27 e 36 sem). Orientar sobre direitos sociais relacionados à gestação (Duncan et al, 2022. Volume 2, página 1240). • Solicitar exames complementares: 1. Hemograma 2. Coombs indireto (com 28 sem), se gestante Rh negativa. Se coombs for negativo, está indicado uso de imunoglobulina anti-D entre a 28ª -34ª semana (encaminhar para o CO do HNSC). Se coombs for positivo, já houve isoimunização e a gestante deve ser acompanhada no Alto-risco 3. TOTG 75g (caso glicemia de jejum normal em rastreamento 1º trimestre) 4. E.Q.U. e urocultura com antibiograma 5. IgG e IgM para toxoplasmose (caso seja suscetível - repetir idealmente mensal, ou no mínimo a cada 3 meses) 6. Anti-HIV ou teste rápido 7. Ecografia (caso não tenha sido realizada nenhum exame anterior - se realizado, não há evidência de benefício de ecografia de rastreamento após 24 sem – Cochrane, 2015 in Dynamed, 2023 - grau A)
Entre 29-41 semanas (Quinzenais até 36 s e semanais até o parto) Recomendação forte 	• Orientar sobre sinais e sintomas de trabalho de parto, tipo de parto, indicações de cesariana, posição (a escolher) na hora do parto, formas de alívio da dor, direito a acompanhante; formular, com a gestante, um PLANO DE PARTO por escrito; estimular e orientar visita à maternidade (ir direto ao CO); reforçar sobre a importância da amamentação e primeiros cuidados com o RN; reforçar sobre a consulta de puerpério e revisão do RN na primeira semana pós parto. • Identificar a apresentação fetal através da palpação abdominal. • Observar sinais e sintomas relacionados ao bem estar fetal (movimentação, BCF, AU) e da gestante (sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e sinais de alerta) • Encaminhar ao CO a partir de 41 semanas de idade gestacional. • Solicitar exames complementares: 1. Hemograma 2. Coombs indireto (mensal a partir da 24 sem, se Rh negativo e não tenha recebido imunoglobulina anti-D entre a 28ª -34ª semana. Irá positivar após aplicação de imunoglobulina e irá manter títulos baixos CI ≤1:4. Se não positivar, uma nova dose poderá ser necessária (Protocolo GHC). 3. E.Q.U. e urocultura com antibiograma 4. IgG e IgM para toxoplasmose (caso seja suscetível - repetir idealmente mensal, ou no mínimo a cada 3 meses) 5. VDRL ou teste rápido 6. Anti-HIV ou teste rápido 7. Pesquisa GBS - suabe vaginal-perianal (entre 35-37 semanas, exceto se GBS em urocultura anterior ou história prévia de bebê com infecção por GBS - pode ser oferecido suabe para auto-coleta por paciente - eficácia similar na detecção – Dynamed, 2023) 8. Rastreamento para clamídia e gonococo por suabe – biologia molecular (< 30 anos ou com 30 anos ou mais se fator risco para ISTs (anexo - item 1). Disponível via Gercon

Consulta de puerpério (Ideal na 1ª semana pós parto) - CID Z39.2 (Seguimento pós-parto de rotina)

Lembrar de registrar **data do desfecho** e **tipo de parto** na tela inicial da Linha de Cuidado da Gestante – PEP (finaliza o pré-natal e disponibiliza monitoramento de indicadores).

- Questionar como se sente e sua satisfação em relação à atenção recebida no pré-natal e parto
- Avaliar aspectos de saúde (físicos e psicoemocionais). Recomenda-se rastrear depressão pós-parto utilizando material validado (ex: Escala de Edimburgo para Depressão Pós-parto).
- Manter sulfato ferroso na dose profilática (30-60mg de ferro elementar/dia) até 3 meses pós parto. Manter ácido fólico (0,4mg/dia) até 4-6 semanas após o parto ou até término da amamentação.
- Apoiar aleitamento (se não estiver contraindicado).
- Questionar uso de nicotina, álcool, substâncias ilícitas e uso de medicamentos.
- Orientar reinício da atividade sexual, método anticoncepcional e intervalo entre gestações (menor risco se nova gestação entre ≥18 e ≤23 meses do nascimento do bebê anterior).
- Identificar sintomas (febre, hemorragia, dor, cefaléia, náuseas, vômitos) e manejar intercorrências (atentar para endometrite, pré-eclâmpsia, infecção ferida operatória, mastite, depressão).
- Estimular interação da mãe e pai ou parceria com o recém-nascido.
- Identificar ações não realizadas no pré-natal (exames complementares, vacinas, etc.) ou que devem ser realizadas em gestantes que apresentaram DMG, transtorno hipertensivo, hemorragia ou alguma outra intercorrência.
- Estimular o seguimento das consultas da família com a equipe de saúde bucal e consultas com nutricionista tanto para apoio a amamentação quanto para introdução de novos alimentos.

Anexo

CrITÉRIOS de risco que influenciam na solicitação de exames complementares e/ou suplementação

1. Fatores de risco para ISTs (UptoDate, 2023):

- História pessoal de uma infecção sexualmente transmissível anterior
- Idade <25 anos
- Novo parceiro sexual nos últimos 60 dias
- Mais de um parceiro sexual nos últimos 6 meses ou parceiro sexual com múltiplos parceiros sexuais simultâneos
- Parceiro sexual diagnosticado com uma infecção sexualmente transmissível
- Nenhum uso ou uso inconsistente de preservativo fora de uma parceria sexual mutuamente monogâmica
- Trocar sexo por dinheiro ou drogas
- Contato sexual com profissionais do sexo
- Conhecer parceiros anônimos na internet
- Admissão em estabelecimento correccional ou centro de detenção juvenil
- Uso de drogas ilícitas
- Viver em comunidade com alta prevalência de ISTs

2. Fatores de risco para defeitos de tubo neural (DTN) e dose recomendada de ácido fólico entre 3 m antes da concepção até 12 sem (UptoDate, 2023):

Usar dose diária de 4mg:

- História de DTN aberto (não coberto por pele) pessoal ou em qualquer parente de primeiro grau de um dos pais - usar 4mg/dia (entre 3m antes da concepção até 12 semanas)
- mulheres em uso de anticonvulsivantes - considerar dose mais alta (5mg) (NICE, 2018 in Dynamed, 2023)

Usar dose diária de 1mg:

- História pessoal ou familiar de anomalia congênita sensível ao folato (exceto DTN)
- História familiar de DTN (parente de primeiro ou segundo grau)
- Diabetes tipo I ou II
- Má absorção gastrointestinal materna
- Condições médicas associadas ao risco (doença hepática avançada, diálise, uso excessivo de álcool)

3. Fatores de risco para pré-eclâmpsia (UptoDate, 2023):

Alto-risco:

- Gravidez anterior com pré-eclâmpsia, especialmente de início precoce e com resultado adverso.
- Diabetes melito tipo 1 ou 2.
- Hipertensão crônica.
- Gestação multifetal.
- Doença renal.
- Doença autoimune com potenciais complicações vasculares (síndrome antifosfolípide, lúpus eritematoso sistêmico).

Risco moderado (geralmente, se considera a presença de 2 ou mais para uso de AAS):

- nuliparidade
- obesidade (IMC > 30kg/m²)
- História familiar de pré-eclâmpsia (mãe/irmã)
- Idade - 35 anos ou mais
- características sócio-demográficas (ex: renda mais baixa)
- fatores de risco pessoais (gravidez anterior com baixo peso ao nascer, PIQ, natimorto, intervalo > 10 anos entre as gestações)
- concepção in vitro

4. Fatores de risco para contrair hepatite B (UptoDate, 2023):

- Profissionais de saúde e segurança pública.
- Pacientes em hemodiálise crônica
- Parceiros sexuais de pessoas HBsAg-positivo ou contato domiciliar HBV crônico
- Ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos 6m
- Ter sido avaliada ou tratada para uma IST
- Pacientes imunocomprometidos
- Usuários de drogas injetáveis

5. Fatores de risco para solicitar TSH (UptoDate, 2023):

- idade > 30 anos
- hipotireoidismo ou hipertireoidismo
- obesidade mórbida (índice de massa corporal $\geq 40 \text{ kg/m}^2$)
- radiação de cabeça ou pescoço
- doença/cirurgia de tireoide/anti-TPO reagente
- diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes
- abortamento/perda fetal, parto prematuro ou infertilidade
- ≥ 2 gestações anteriores
- uso de amiodarona ou lítio
- administração recente de contraste radiológico iodado
- história familiar de doença autoimune da tireoide ou disfunção da tireoide
- vivendo em área com insuficiência de iodo moderada a grave conhecida

Referências utilizadas na atualização (março/2023):

AUGUST; JEYABALAN. [Preeclampsia: prevention](#). UptoDate, fev/2023
BERENS, P. [Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care](#). UpToDate, nov 2022.
BRASIL, MS. [Manual de Gestação de Alto-risco. 6ª edição, 2022](#). Versão preliminar.
BRASIL, MS. [Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres](#). 2016
DYNAMED. [Medication and Drug Exposure in Pregnancy](#). Accessed March 15, 2023.
DYNAMED. [Prenatal Ultrasound Screening](#). Accessed March 15, 2023.
DYNAMED. [Prevention of Group B Streptococcal Infection in the Newborn](#).
DYNAMED. [Hypertensive Disorders of Pregnancy](#). Accessed March 15, 2023.
DYNAMED. [Routine Prenatal Care](#). Accessed March 15, 2023.
DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial. Vol 2 Artmed. 5a Ed, 2022
FEBRASGO. [Predição e Prevenção da PE](#). Num 1. Janeiro, 2023
GHANEM, K. [Screening for sexually transmitted infections](#). Uptodate, Fev/2023

GOETZL, L. [Preconception and prenatal folic acid supplementation](#). UptoDate, mar/2023
LEE, H., LOK, A. [Hepatitis B and pregnancy](#). Uptodate, fev/2023
LOCKWOOD; MAGRIPLES. [Prenatal care initial assessment //Second and third trimestres](#). UptoDate, nov 2022.
PENNEL, MCEL RATH. [Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period](#). UptoDate, fev/2023
PENA-ROSAS, JP et al. [Intermittent oral iron supplementation during pregnancy](#). Cochrane, 2015 Acesso em março, 2023
SACKEY, J. A. [The preconception office visit](#). UptoDate, nov 2022.
SBMFC. [Gravidez Indesejada na APS](#). Cartilha. 2022.
UFRGS/Telessaúde. [Como fazer o rastreamento para ISTs?](#) Maio/2022
UFRGS/Telessaúde. [Toxoplasmose na gestação](#), nov 2022
UFRGS/ Telessaúde. [Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia](#). Agosto, 2019.
UFRGS/Telessaúde. [Quais as estratégias de prevenção eficazes para reduzir o risco de pré-eclâmpsia e suas complicações na gravidez?](#)
YAWETZ, S. [Immunizations during pregnancy](#). UptoDate, fev/2023

Serviços de Referência no GHC

Referência no GHC	Localização e ramal (is)	Forma de encaminhamento*
Amb de Pré-natal de AR	Bloco H do HNSC Ramal - 2409	Via GERCON segundo Protocolo de encaminhamento UFRGS/Telessaúde
UPTV	Ramal 2126 – Térreo (a direita da entrada principal do HNSC)	Gestante (e/ou com parceria) HIV positivo deve ser orientada a consultar nas terças ou quintas feiras às 12:00 horas – Após a primeira consulta, o agendamento deverá ser feito via GERCON.
Amb. de Medicina Fetal	Bloco H do HNSC Ramal - 2409	Via GERCON em caso de suspeita de malformação ou translucência nuchal alterada acima do percentil 95
U. Patologia Obstétrica	2º andar do HNSC/ 2º B1 Ramal 2372	Internação de gestantes providas sempre do CO (US de APS e Amb de AR encaminham ao CO e, conforme avaliação, a gestante interna)
Visita ao CO do HNSC	2º andar do HNSC Ramal 2161	Orientar a gestante a ligar primeiro para o CO (33572161) para verificar o movimento (se não está intenso) e solicitar uma visita à enfermeira de plantão.
Centro Obstétrico (CO)	2º andar do HNSC. Ramal 2213 (triagem da Emergência Obst). Ramal 2161 (CO)	Encaminhamento direto ao CO (com a carteira da gestante e plano de parto)

*Forma de encaminhamento formal da gestante e parceria, no entanto, os profissionais dos serviços de referência no GHC sempre estiveram disponíveis para contatos telefônicos (via ramais internos) para eventuais esclarecimentos de dúvidas e discussão de casos mais pontuais.