

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MINAS GERAIS

GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE

.....

Critérios para a
Estratificação de Risco e
Acompanhamento da
Gestante



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Nota Técnica Conjunta
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG
ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRIZAS DE MINAS GERAIS – SOGIMIG
ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – AMMFC
FACULDADE DE MEDICINA DE UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE:

Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante

Minas Gerais
OUTUBRO 2024

GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Romeu Zema Neto

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Mateus Simões

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Fábio Baccheretti Vitor

ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Antônio Cotta

SUBSECRETÁRIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Camila Moreira de Castro

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Camila Helen de Almeida Silva Oliveira

DIRETORA DE GESTÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Lírica Salluz Mattos Pereira

COORDENAÇÃO DE CICLOS DE VIDA

Natália Oliveira Dias

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS-SES/MG

Ane Karine Alkmim de Sousa

Bruna Luiza Soares Pinheiro

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

COLABORADORES

Ana Paula Torres de Camargos

Débora Cristina Silva Lara

Carolina Vital Cardoso

Marilene Pereira de Sousa

Mayara Cristina Marques de Almeida

Priscila de Faria Pereira

Tamara Cristina de Souza

Tatianna Mendes da Rocha

DIRETORIA DA SOCIEDADE MINEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOGIMIG – Gestão 2023-2025

Presidente: Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Vice-Presidente: Angélica Lemos Debs Diniz

Diretor de Relações Sociais: Larissa Volpini Barreto Borém

Diretor Administrativo Adjunto: Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues

Diretora Administrativa: Liv Braga de Paula

Diretora Científica: Ines Katerina Damasceno Cavallo Cruzeiro

Diretora Comercial e Financeiro: Mariana Seabra Leite Praça

Diretor de Ensino e Residência Médica: Guilherme de Castro Rezende

Diretor de Marketing e Comunicação: Eduardo Cunha da Fonseca

Diretor de Relações Institucionais: Gabriel Costa Osanan

Diretora Sociocultural: Luíza Liboreiro Motta Ferrari

Diretora de Tecnologias Da Informação e Mídias Sociais: Laura Maria Almeida Maia

Diretor de Valorização e Defesa Profissional: Eduardo Siqueira Fernandes

Diretor das Vice-Presidências e Regionais: Eduardo Batista Cândido

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – AMMFC – Gestão 2024-2025

PRESIDENTE: Douglas Vinicius Reis Pereira

VICE-PRESIDENTE: Luísa Chaves Simões Silva

SECRETÁRIA-GERAL: Jéssica da Cruz Arantes

TESOUREIRO: Artur Torres Araújo

DIRETOR CIENTÍFICO: Pedro Henrique Miranda

DIRETOR CULTURAL: Antônio Aparecido Branco Junior

FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia:

Eura Martins Lage

Fernando Macedo Bastos

Produção, distribuição e informações: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Site: www.saude.mg.gov.br

APRESENTAÇÃO

Considerando a alta razão de mortalidade materna no estado de Minas Gerais no triênio 2019-2021 (62,45%), segundo dados do Relatório Anual de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais, publicado em 2023, o enfrentamento desta realidade ainda se coloca como uma das prioridades da política pública de saúde, em todas as instâncias de gestão e assistência. Neste sentido, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em consonância com a Rede Cegonha, instituída nacionalmente em 2011, atualizada em 2024 como Rede Alyne, vem desenvolvendo ações para a construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher e à criança o acesso a serviços e ações de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No processo de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma das estratégias que visa ordenar o cuidado é a adoção de diretrizes clínicas baseadas em evidências, que direcionam os diferentes pontos de atenção e serviços em relação às condições de saúde da população. Além disso, objetiva-se a otimização de recursos; a adequação do manejo clínico; o diagnóstico e tratamento, bem como a organização da assistência, baseando-a na estratificação de risco, competências e atribuições de serviços e profissionais dentro da linha de cuidados.

Sob esta perspectiva, destaca-se a adoção de modelos de atenção à saúde baseados em estratégias voltadas para as necessidades de saúde de uma população específica, segundo riscos. Considerando que o conhecimento da população total é insuficiente, é necessário que sejam realizadas segmentações e divisões em subpopulações de acordo com fatores de risco, em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2010, p.2300-2301).

Esta nota técnica tem o objetivo de atualizar os critérios de estratificação de risco da gestante de forma a direcionar os fluxos assistenciais na rede e o acompanhamento do pré-natal no Estado de Minas Gerais. Para tanto foram estabelecidas parcerias internas na SES/MG e com associações afins - SOGIMIG, AMMFC e UFMG – no que tange a colaboração técnica.

A seguir são apresentados orientações e diretrizes para a prática clínica qualificada e segura para atenção às gestantes e aos conceitos, direcionadas aos profissionais e aos serviços de saúde público do Estado, em uma perspectiva de interface entre os pontos componentes da RAS.

1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE E FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A estratificação do risco da população perinatal é uma estratégia de organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, assistência integral e oportuna para cada indivíduo.

Os componentes da RAS se distribuem nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, organizados no território em municípios, microrregiões de saúde e macrorregiões de saúde. No intuito de otimizar os recursos disponíveis na RAS, ressalta-se que a prevalência estimada de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto a de alto risco representa de dez a 15% do total de gestantes. Dessa forma, objetiva-se o acesso equânime dos diferentes estratos da população de gestantes/conceptos e recém-nascidos aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) classifica os fatores de risco entre habitual, médio e alto risco, além de destacar situações de urgência e emergência obstétrica. No entanto, considerando as especificidades do território, esta nota técnica propõe estratificar o risco gestacional em Minas Gerais nos níveis: Habitual e Alto Risco, cada qual com seu fluxo específico na RAS. A avaliação dos critérios de risco e consequentemente a estratificação da gestante deve ser realizada especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), logo após a confirmação da gestação e reavaliada a cada consulta pré-natal.

Existem ainda algumas situações denominadas nesta nota como “Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS com apoio de equipe multiprofissional”. A adoção desta classificação objetiva alertar as equipes de saúde para algumas condições que representam risco relativo à gestação.

De forma a abranger a amplitude dos fatores de risco relevantes para a condição de saúde, operacionalmente, os critérios utilizados para esta estratificação foram agrupados nos tópicos descritos abaixo. Entretanto, ressalta-se que podem existir outras condições que não foram contempladas nesta nota e que devem ser consideradas.

- Características individuais e condições sociodemográficas;
- História reprodutiva anterior;
- Condições clínicas prévias à gestação;
- Intercorrências clínicas/ obstétricas na gestação atual.

Os estratos por fatores de risco gestacional e nível de atendimento no pré-natal e parto estão explicitados no QUADRO 01.

Nas situações classificadas como Alto Risco deve-se prontamente realizar o encaminhamento da gestante ao serviço de referência para gestação de alto risco do município/região de saúde. Estes pontos da RAS dispõem de recursos assistenciais, tecnológicos e laboratoriais adequados às gestantes de alto risco. Além do encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) a gestante deve ser referenciada, preferencialmente, ao Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco que ofereça o aparato necessário às intercorrências durante a gestação, ao parto, nascimento e assistência neonatal. Considerando a APS como ordenadora do cuidado, ressalta-se que, durante todo o percurso da gestante pela RAS, deve-se manter a vinculação com a equipe de saúde do seu território.

Reforça-se ainda a existência de situações em que, além da assistência no nível especializado, demandam fluxo especial para o serviço de medicina fetal. A medicina fetal é composta por um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas que visam proteger, avaliar e assistir a saúde do feto e da gestante, utilizando como pilares: o diagnóstico (história e exames de ultrassonografia), o aconselhamento genético, o tratamento fetal e a anatomia patológica. A gestante pode ser encaminhada para a medicina fetal ou ser realizada teleconsultoria pelo profissional que assiste a mulher no território, para auxiliar no diagnóstico e estabelecer plano terapêutico adequado.

No QUADRO 01 também estão descritas, na categoria “Urgência e Emergência”, situações comuns em obstetrícia e que podem ocorrer durante a gestação e pós-parto. Estas demandam encaminhamento imediato à maternidade de referência. Porém, ressalta-se que existem condições/situações não específicas da gestação e que também devem ser assistidas em caráter de urgência/emergência em serviço da Rede de Urgências e Emergências (RUE). Para mais informações sobre fatores classificados em Urgência e Emergência, recomenda-se o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

Destaca-se que independente da situação ou ponto de atenção em que a gestante/puérpera for atendida, o acolhimento com escuta qualificada e olhar diferenciado é um pressuposto fundamental da assistência humanizada, baseando-se nos princípios de responsabilização, integralidade, resolutividade e articulação com os serviços de saúde da RAS: “Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes ‘internas’, ‘externas’, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias” (BRASIL, 2014, p. 8).

QUADRO 1: Critérios da estratificação

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
Unidade Básica de Saúde	Hospital com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos	Risco habitual	Ausência de critérios que determinem a caracterização nos outros estratos de risco gestacional.
Unidade Básica de Saúde	Hospital com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos	Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS	Características individuais e condições sociodemográficas:
			• Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
			• Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse;
			• Indícios ou ocorrência de violência;
			• Situação conjugal insegura, insuficiência de apoio familiar ou não aceitação da gestação;
			• Capacidade de autocuidado insuficiente;
			• Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo);
			• Etilismo com baixo grau de dependência e sem comprometimento do crescimento fetal;
			• Tabagismo ativo ou passivo, com baixo grau de dependência e sem comprometimento do crescimento fetal;
			• Altura menor que 1,45 m;
			• IMC <18,5 OU > 30-39kg/m ² (IMC≥40 kg/m ² vide alto risco);
			• Gestante em situação de rua, privada de liberdade, indígenas, quilombola, migrantes ou gestante negra (cor de pele preta e parda);
			• Uso ocasional de drogas ilícitas sem comprometimento do crescimento fetal.
			História reprodutiva anterior:
			• Histórico de, no máximo, 2 abortamentos precoces (até 12 semanas de gestação) consecutivos em gestações anteriores;
			• Desvio quanto ao crescimento uterino: Restrição de crescimento intrauterino (RCIU), macrosomia, suspeita de RCIU por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU Desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrômio ou polihidrômio;
			• Nuliparidade OU multiparidade (5 ou mais partos);
			• Síndromes hemorrágicas OU hipertensivas sem critérios de gravidade OU Diabetes Gestacional;
			• Cesáreas prévias (02 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto cesárea com incisão clássica / corporal / longitudinal - vide alto risco);
			• Intervalo interpartal < 2 anos OU > 5 anos.

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
Unidade Básica de Saúde	Hospital com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos	Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS	Condições clínicas prévias à gestação:
			• Depressão leve ou transtorno de ansiedade leve (sem necessidade de tratamento medicamentoso); • Asma controlada sem uso de medicamento contínuo; • Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.
			Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual:
			• Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; • Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo); • Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 8g/dl e 10,9g/dl); • Doenças infecciosas: Sífilis (exceto sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita - vide alto risco); Suspeita/confirmação de dengue, Zika ou chikungunya (quadro febril e/ou exantemático).
UBS + Atenção Ambulatorial Especializada / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco	Alto Risco	Características individuais e condições sociodemográficas:
			• Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas; • Gestação em homens transsexuais; • Agravos alimentares e nutricionais: obesidade grau III (IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$), desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, dentre outros).
			História reprodutiva anterior:
			• Morte perinatal inexplicada; • Histórico de abortamento tardio ou recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos); • História prévia de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical; • Isoimunização Rh em gestação anterior; • Infertilidade; • Cesariana prévia com incisão clássica /corporal / longitudinal; • Acretismo placentário; • Síndrome hemorrágica ou hipertensiva grave (Pré-eclâmpsia; síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação e/ou no período puerperal); • Prematuridade anterior.
			Condições clínicas prévias à gestação:
			• Doença psiquiátrica grave: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras; • Hipertensão arterial crônica com ou sem uso de anti-hipertensivo;

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
UBS + Centro Estadual de Atenção Especializada / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco	Alto Risco	• Doenças genéticas maternas; • Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar); • Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU infarto agudo do miocárdio; • Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC, fibrose cística); • Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos) • Endocrinopatias (diabetes mellitus 1 e 2, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo); • Doenças hematológicas -doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias; • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípideo, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras collagenoses); • Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, miomectomia); • Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez; • Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; Diagnóstico de HIV; • Transplantes; • Cirurgia bariátrica.
			Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:
			• Doença psiquiátrica grave: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras; • Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que esteja em tratamento OU que possam repercutir na gravidez; • Gestação múltipla; • Gestação resultante de estupro; • Hipertensão arterial crônica diagnosticada na gestação OU hipertensão arterial gestacional OU pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade; • Diabetes Mellitus Gestacional - DMG (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde); • Infecção urinária de repetição (≥ 3 episódios) OU ≥ 2 episódios de pielonefrite; • Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual; • Anemia grave (hemoglobina < 8g/dl) OU anemia refratária a tratamento (em caso de Hb < 7 g/dl - vide urgência/emergência);

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
UBS + Centro Estadual de Atenção Especializada / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco	Alto Risco	• Desvio quanto ao crescimento uterino: RCIU, macrosomia, suspeita de RCIU por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio;
			• Suspeita atual de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical;
			Doenças infecciosas: sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado - verruga viral no canal vaginal OU colo uterino OU lesões extensas/ numerosas localizadas em região genital OU perianal; diagnóstico de HIV/Aids;
			• Hemorragias da gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência);
			• Acretismo placentário OU placenta prévia não sangrante (diagnóstico confirmado após 22 semanas);
			• Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente);
			• Malformação fetal (defeitos do tubo neural, do sistema nervoso central, cardiopatias fetais, cervicais e da face, torácicas, da parede abdominal, do aparelho digestório, do trato urinário, esqueléticas-osteocondrodisplasias);*
			• Aloimunização Rh;*
			Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado.

IMPORTANTE! De acordo com o risco gestacional, o acompanhamento da mulher pode ser necessário em outros serviços de saúde, como serviços da Rede de Atenção Psicossocial e outras especialidades médicas.

Encaminhamento imediato à maternidade de referência	Urgência e Emergência	• Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo - independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional);
		• Gravidez ectópica;
		• Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável;
		• Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos (convulsões, confusão mental), crise aguda de asma, edema agudo de pulmão, hipertermia (temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$, na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores), anormalidades visuais (escotomas cintilantes, visão turva, fotofobia), epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria, dispnéia, dor retroesternal;
		• Crise hipertensiva (PAS $\geq 160\text{mmHg}$ OU PAD $\geq 110\text{ mmHg}$);
		• Prurido gestacional/ icterícia;

*Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal.

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
Encaminhamento imediato à maternidade de referência		Urgência e Emergência	• Suspeita/diagnóstico de infecção (pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar);
			• Anidrâmnio, polidrâmnio grave OU polidrâmnio sintomático (dor, dispnéia);
			• Hemoglobina $\leq 7\text{g/dL}$ OU anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispneia, taquicardia, hipotensão;
			• Gestantes com sífilis E alergia à penicilina para dessensibilização OU com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
			• Ruptura prematura de membrana;
			• Trabalho de parto a termo ou pré-termo;
			• Hipertonia uterina;
			• Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas;
			• Dor abdominal intensa; suspeita/diagnóstico de abdome agudo;
			• Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
			• Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento ambulatorial (hiperêmese gravídica);
			• Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional;
			• Vitalidade fetal alterada (Perfil Biofísico Fetal ≤ 6 ; diástole zero em artéria umbilical; cardiotocografia com padrão não tranquilizador; ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas, em gestação ≥ 26 semanas), incluindo suspeita de morte fetal;
			• Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional;
		Outras condições clínicas agudas.	

2. MAPEAMENTO DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL

O QUADRO 2 sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.

Estas recomendações referem-se especialmente à assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde, uma vez que abordam as condutas de rotina

para tal acompanhamento. Nos casos de gestações de alto risco todo o acompanhamento pré-natal será ajustado às necessidades de saúde da gestante e concepto, prezando pela singularidade e qualidade do cuidado.

QUADRO 2 - Mapeamento do cuidado

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Identificação da gestante e início do Pré-Natal	Unidade Básica de Saúde	Início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional
Ações da 1ª consulta de pré-natal (médico ou enfermeiro)	• Avaliação clínico-obstétrica;	A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação. Além disso, recomenda-se que esta primeira consulta seja realizada pelo enfermeiro, considerando todas as ações/orientações que devem ser realizadas nesta primeira consulta.
	• Avaliação nutricional;	
	• Cálculo inicial da DPP pela DUM;	
	• Estratificação do risco gestacional;	
	• Avaliação/orientação sobre o calendário vacinal;	
	• Solicitação de exames de rotina de pré-natal;	
	• Coleta de citopatológico, se necessário;	
	• Registrar a condição de gravidez no sistema de informação (e-SUS APS/PEC, coleta de dados simplificada ou sistema próprio)/Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);	
	• Preenchimento e entrega da caderneta da gestante;	
	• Vinculação à maternidade de referência;	
	• Orientações/esclarecimento de dúvidas;	
	• Suplementações (vide medicamentos profiláticos);	
	• Agendamento do retorno;	

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Ações da 2ª consulta de pré-natal (médico)	• Avaliação clínico-obstétrica; • Avaliação nutricional; • Cálculo da idade gestacional; • Estratificação do risco gestacional; • Acompanhamento do calendário vacinal; • Análise dos resultados dos exames; • Preenchimento da caderneta da gestante; • Preenchimento do atendimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); • Orientações/esclarecimento de dúvidas; • Agendamento do retorno;	Deve ocorrer até um mês após a primeira consulta e/ou de acordo com a periodicidade por idade gestacional e estratificação de risco.
Consulta odontológica	Avaliação clínico-odontológica e plano terapêutico.	Recomenda-se o encaminhamento à consulta odontológica para todas as gestantes, realizada o mais breve possível.
Consultas subsequentes no pré-natal (médico e enfermeiro)	• Avaliação clínico-obstétrica; • Avaliação nutricional; • Cálculo da idade gestacional; • Estratificação do risco gestacional • Acompanhamento do calendário vacinal; • Solicitação de exames de rotina de pré-natal e análise dos resultados dos exames; • Preenchimento da caderneta da gestante; • Preenchimento do atendimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); • Orientações/esclarecimento de dúvidas; • Agendamento do retorno;	*PNRH - Periodicidade de consultas: uma consulta mensal até a 28ª semana, quinzenal da 28ª até a 36ª semana de gestação e semanal a partir da 36ª semana, sendo que o intervalo entre as consultas não deve ser superior a 4 semanas. Reforça-se a importância da realização de consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros durante todo o pré-natal. *PNAR: - O acompanhamento deve ser realizado por equipe multiprofissional (obstetra, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e assistente social, dentre outros conforme avaliação clínica individual). - Deve-se manter a vinculação com a APS seguindo plano de cuidados prescrito pela atenção especializada, mesmo após o encaminhamento ao PNAR. **NÃO EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Consulta puerperal	• Avaliação clínico-obstétrica;	Recomenda-se a realização de, no mínimo, duas consultas: uma na primeira semana após o parto associada às ações da saúde da criança e a segunda no período de 30 a 42 dias pós parto.
	• Avaliação nutricional;	
	• Acompanhamento do calendário vacinal;	
	• Avaliação de sinais de alerta;	
	• Preenchimento do atendimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);	** Caso a gestação tenha sido considerada de alto risco, deve ser realizada a consulta puerperal no serviço de referência que a mulher realizou o PNAR compartilhando o cuidado com a APS.
	• Avaliação das mamas e amamentação;	
	• Ações de planejamento sexual e reprodutivo;	

IMPORTANTE! De acordo com o risco gestacional e as condições do parto e nascimento, o acompanhamento da mulher pode ser necessário em outros serviços de saúde, como serviços da Rede de Atenção Psicossocial e outras especialidades médicas.

Exames laboratoriais de rotina do pré-natal de risco habitual (PNRH) ou alto risco (PNAR)	1º trimestre	Solicitados na 1ª consulta do pré-natal, de acordo com o protocolo;
	• Hemograma completo;	
	• Grupo sanguíneo e fator Rh;	
	• Coombs indireto;	Solicitar em caso de fator Rh negativo. Se Coombs indireto negativo, deve-se repetir o exame mensalmente;
	• TR para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha);	• Caso a mulher exponha a situação de risco, repetir o exame com intervalo de 30 dias; • Recomenda-se a utilização de testes rápidos, pois estes atendem à crescente demanda por diagnósticos, aumentam a agilidade na resposta aos indivíduos, e permitem o rápido encaminhamento para a assistência médica, possibilitando o início do tratamento em tempo oportuno; • Em caso de resultados positivos nos exames treponêmico e não treponêmico para sífilis, recomenda-se repetir o exame não treponêmico mensalmente para controle de cura.
	• TR para HIV (1ª escolha) ou sorologia para HIV (2ª escolha);	
	• TR para hepatite B (1ª escolha) ou Sorologia para hepatite B (HbsAg) (2ª escolha);	
	• TR para hepatite C;	
	• Glicemia de jejum;	
	• Urina rotina e urocultura;	
	• Toxoplasmose IgM e IgG;	
	• Colpocitologia oncótica (se necessário);	Rastreamento deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária estabelecidas para todas as mulheres. Salienta-se que, a coleta de espécime endocervical, quando realizada com técnica adequada, não aumenta o risco para a gestação. Por isso, recomenda-se a coleta tanto da ectocérvice quanto da endocérvice.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Exames laboratoriais de rotina do pré-natal de risco habitual (PNRH) ou alto risco (PNAR)	• TSH - Hormônio Tireoestimulante;	
	• Eletroforese de hemoglobina;	Solicitar para todas as gestantes que não possuem o resultado do teste do pezinho das mesmas ou que não tenham realizado o exame em gestação anterior/não possuem resultado
	• Sorologia anti HTLV – 1/2	Caso a triagem sorológica seja positiva ou indeterminada, deve-se realizar testes sorológicos de maior especificidade para confirmação da infecção.
	2º trimestre	
	• Hemograma completo;	Para gestantes com resultado de Hb $\leq$ 11g/dl no 1º trimestre;
	• Toxoplasmose IgM e IgG (se susceptível);	
	• Teste de tolerância oral a glicose após 75g de dextrosol;	Deve ser realizado, preferencialmente, entre a 24ª e 28ª semana de gestação, para todas as gestantes sem o diagnóstico de diabetes mellitus.
	• Coombs indireto (se Rh negativo).	
	3º trimestre	
	• Hemograma completo;	
	• Coombs indireto (se Rh negativo);	
	• TR para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha);	• Caso a mulher exponha a situação de risco, repetir o exame com intervalo de 30 dias;
	• TR para HIV (1ª escolha) ou sorologia para HIV (2ª escolha);	• Recomenda-se a utilização de testes rápidos, pois estes atendem à crescente demanda por diagnósticos, aumentam a agilidade na resposta aos indivíduos, e permitem o rápido encaminhamento para a assistência médica, possibilitando o início do tratamento em tempo oportuno;
	• TR para hepatite B (1ª escolha) ou Sorologia para hepatite B (HbsAg) (2ª escolha);	• Em caso de resultados positivos nos exames treponêmico e não treponêmico para sífilis, recomenda-se repetir o exame não treponêmico mensalmente para controle de cura.
	• TR para hepatite C (1ª escolha);	
	• Glicemia de jejum;	• Apenas para gestantes que não realizaram o TOTG no 2º trimestre.
	• Urina rotina e urocultura;	
	• Toxoplasmose IgM e IgG (se susceptível);	
Outros exames	• US obstétrico	Para gestantes de risco habitual: Situação ideal: US entre 11 e 13 semanas e entre 18 e 22 semanas de gestação; Situação mínima: US entre 18 e 22 semanas. Para gestantes de alto risco: O quantitativo de US será conforme avaliação clínica e indicação obstétrica. Para gestantes com confirmação de Zika: US mensal

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Outros exames	• Ultrassom obstétrico com <i>doppler</i>	Apenas para gestantes de alto risco, conforme indicação obstétrica
	• Cardiotocografia	
	• ECG	
	• Ecocardiograma materno e fetal	Conforme indicação clínica
	• Exame Parasitológico de Fezes	
	• Proteinúria (de fita) OU Relação Proteína/ Creatinina Urinária OU Proteinúria 24h	Realizar em gestantes com alteração nos níveis pressóricos e/ou suspeita de pré-eclâmpsia.
Para gestantes de alto risco, considerar as especificidades de cada agravo para solicitar demais exames necessários conforme indicação obstétrica		
Medicamentos profiláticos	Ácido fólico	Ácido fólico de início pré-concepcional (mínimo um mês antes da concepção, mas idealmente três meses antes da concepção) até o final da gravidez em dose de 2ml/dia (solução oral de 0,2mg/ml - 40 gotas). O ácido Fólico pré-concepcional até 12 semanas é utilizado para redução do risco de defeito em tubo neural e até o final da gestação tem a finalidade de evitar anemia da gestante, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e parto prematuro.
	Ácido Acetilsalicílico (AAS) e Cálcio	• Recomenda-se o uso de AAS (100mg/dia à noite), iniciado a partir da 12ª semana de gestação até 36 semanas, além do cálcio até o parto (suplementação mínima de 1g/dia), caso a mulher apresente os seguintes fatores de risco para a pré-eclâmpsia: • Um fator de alto risco: história de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, obesidade (IMC > 30mg/dl), HAC, diabetes tipo 1 ou 2, doença renal ou autoimune. • Combinação de dois fatores de risco moderados: nulipridade, história familiar de pré-eclâmpsia, baixo nível socioeconômico, etnia afrodescendente, idade ≥ 35 anos, história pessoal de baixo peso ao nascer, gravidez prévia com desfecho adverso e intervalo > 10 anos desde a última gestação.
Medicamentos profiláticos	Sulfato ferroso	Sulfato ferroso profilático: 40mg de ferro elementar/dia) a partir da 20ª semana de gestação até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto; Sulfato ferroso terapêutico: em casos de anemia materna em qualquer época da gestação.
Imunização	Vacina dupla tipo adulto - dT (tétano + difteria)	Esquema vacinal completo de dT: administrar 1 dose de dTpa; Esquema vacinal incompleto e/ou desconhecido: completar esquema sendo 2 doses de dT e 1 dose de dTpa¹.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Imunização	Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto - dTpa (difetéria + tétano + coqueluche)	A vacina dTpa deve ser administrada em todas as gestantes, independente da situação vacinal prévia, a partir da 20ª semana de gestação, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, até 45 dias pós-parto;
	Vacina contra Hepatite B	Gestante não vacinada ou com status vacinal desconhecido e HbsAg negativo deve completar o esquema de 3 doses, sendo o intervalo da primeira dose para a segunda é de 30 dias e a terceira dose deve ser administrada 6 meses após a primeira;
	Vacina contra Influenza	Deve ser administrada em dose única, a qualquer tempo no pré-natal até 45 dias após o parto, conforme campanha do Ministério da Saúde.
	Vacina contra COVID-19	Administrada conforme recomendações atuais do Ministério da Saúde
Demais atividades	Visita a maternidade de referência	Preferencialmente no início do terceiro trimestre
	Atividades educativas	No mínimo 3 grupos operativos por gestante. Temas sugeridos: gravidez na adolescência, cuidados na gestação, preparação para o trabalho de parto e parto, cuidados com recém-nascido, aleitamento materno, rede de apoio e importância do acompanhamento em relação à saúde mental durante a gestação e o puerpério.
	Visita domiciliar	Mensal (monitorar plano de cuidados)

GLOSSÁRIO

Abortamento precoce - perda espontânea ocorrida até a 12ª semana de gestação.

Abortamento tardio - perda espontânea ocorrida após a 12ª semana de gestação e antes da 20ª semana.

Abortamento recorrente - perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana.

Anidrâmio - ausência de líquido amniótico.

APS – Atenção Primária à Saúde

RCIU: Restrição do crescimento intrauterino: feto não alcança o crescimento potencial que seria esperado pelo seu potencial genético e nutricional.

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DMG- Diabetes Mellitus Gestacional

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DPP – Data Provável do Parto

DUM – Data da Última Menstruação (primeiro dia)

ECG – Eletrocardiograma

Eclâmpsia - crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia

Hipertensão arterial crônica – pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg antes da 20ª semana de gestação

Hipertensão arterial gestacional – pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg após a 20ª semana de gestação, na ausência de proteinúria ou sinais de gravidade de pré-eclâmpsia

HELLP – síndrome laboratorial composta pela presença de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia em gestante em pacientes com pré-eclâmpsia

ILA - Índice de Líquido Amniótico

IMC - Índice de Massa Corporal

Infertilidade - ausência de concepção após um ano de relações sexuais regulares sem uso de contracepção

Insuficiência cervical /Incompetência istmo-cervical - dilatação cervical indolor no 2º trimestre seguida de expulsão de feto imaturo

Macrossomia – peso fetal estimado acima do percentil 90 para a idade gestacional

Morte perinatal – morte intraútero com idade gestacional maior ou igual a 20 semanas, ou morte neonatal (até 28 dias).

Obesidade Grau I - IMC 30,0 a 34,9kg/m²

Obesidade Grau II - IMC 35,0 a 39,9kg/m²

Obesidade Grau III - IMC $\geq$ 40 kg/m²

Oligodrâmnio - ILA menor que 8 cm associado a CIUR OU bolsão menor que 2cm

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

Placenta prévia - inserção total/parcial da placenta no segmento inferior do útero após 28 semanas de idade gestacional;

PNAR – Pré-Natal de Alto Risco

Polidrâmnio - ILA maior que 18 cm ou maior bolsão maior que 8 cm

Polidrâmnio grave – ILA maior que 35 cm ou maior bolsão maior que 16 cm

RAS – Redes de Atenção à Saúde

TR- Teste Rápido

Trabalho de Parto Pré-termo/ Prematuro - contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas;

TVP- Trombose Venosa Profunda

US- Ultrassonografia

REFERÊNCIAS

American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. AAP/ACOG. 6th ed. 2008. 450 p.

American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Vol 122. N 5. 2013. 99 p.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia relacionada à Infecção pelo Vírus ZIKA – versão 2.0. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/ZgUINSpZiwmb3/64622069021204406934.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. 1 ed. N 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 320p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Nota técnica: Inserção da Eletroforese de Hemoglobina nos exames de pré-natal. Rede cegonha. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

GREGORY, A. L.; DAVIES, M. D.; FRCSC, Kingston ON. Antenatal fetal assessment. SOGC Clinical Guidelines, 2000, 90:1-7.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG). Atenção à Saúde da Gestante - Novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante. Nota técnica conjunta. Programa Viva Vida. Projeto Mães de Minas. Autêntica: Belo Horizonte. 2013. 16p.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. National Collaboration Centre for Womens and Childrens Health. Antenatal Care: Routine care for the healthy pregnant women. London, RCOG 2008. 454 p. (Clinical Guideline).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. RegulaSUS: Protocolos de Regulação Ambulatorial. Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco). HARZHEIM, E; AGOSTINHO, M.R; KATZ, N (Organizadores). Porto Alegre- RS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. 1 ed. 2022. 659p.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo, 2019. 73p.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016. 230p.

CEPMMIF. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Relatório anual de mortalidade infantil e fetal de Minas Gerais – 2021. Belo Horizonte, 2023. 29p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, 2024. Disponível em <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.350-de-12-de-setembro-de-2024-584287025>



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.