



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 491/18– CIB/RS

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

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

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

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

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

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

o Caderno de Atenção Básica nº 032 de 2011, Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco;

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

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

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

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 13/11/2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a nota técnica de atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul.

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

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

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de publicação, revogando-se a Resolução nº 251/18 – CIB/RS.

Porto Alegre, 13 de novembro de 2018.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 491/18- CIB/RS

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

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema Único de Saúde. A atenção ao pré-natal na AB tem por objetivo acolher as gestantes precocemente, buscando assegurar o bem estar materno, paterno e neonatal, além de favorecer a interação entre profissional, gestante e sua família, contribuindo para estabelecer o vínculo com o serviço de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas^{2,18}.

O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascimento, este deve considerar os aspectos psicossociais de gestantes e contemplar, além do cuidado clínico, atividades educativas e preventivas, de forma a garantir o acesso equânime e livre de discriminação de raça, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual, cultural e de classe possibilitando o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto negativo para a saúde materna e paterna^{2,4,14,25}.

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

2. O ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A equipe da Atenção Básica deve prestar um cuidado integral, contemplando a proteção e a promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades das gestantes, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo^{1,2,4}.

O início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, assim a AB deve estar atenta ao território para a captação de gestantes preferencialmente até a 12ª semana de gestação^{1,2,4}.

A busca ativa é uma estratégia fundamental, de atribuição comum aos profissionais da AB²⁷. Nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais a gestantes, nos municípios onde o Primeira Infância Melhor (PIM) estiver implantado também é papel das(os) visitadoras(es) contribuir na busca ativa.

O cuidado pré-natal deve ser compartilhado entre toda a equipe, buscando assim, contemplar suas necessidades biopsicossociais. Minimamente, devem ser realizadas três consultas médicas (Medicina de Família e Comunidade ou Generalista), três consultas de enfermagem, uma consulta odontológica, profissionais de outras áreas podem compor o acompanhamento das gestantes, caso necessário^{1,2,4}.

A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de doenças que podem ser prevenidas. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção de gestantes, mas também a proteção do feto. A parceria³, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina, bem como as os demais membros da família. A vacinação deve seguir as recomendações do Calendário de Vacinação vigente proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde e do Núcleo de Imunizações do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS)¹⁶.

As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais até 36ª semana e semanais até o parto. Não existe alta do pré-natal: o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal encerra-se após a realização de ao menos uma consulta de puerpério, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto, mas o seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal^{1,2,4}.

Em relação às parcerias, é garantido o acompanhamento dos atendimentos no decorrer do pré-natal e oferta-se a realização dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C^{3,5-6}.

Todas as consultas, visitas, atividades educativas e outras ações devem ser registradas



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE

no e-SUS ou prontuário próprio com *thrift* para o SISAB.

É importante lembrar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento - durante sua evolução ou no trabalho de parto. Portanto, há necessidade de estratificar o risco a cada consulta^{2,17}, assim como, a avaliação e classificação de vulnerabilidade e risco social. Em casos de identificação de riscos previstos, poderá haver acompanhamento através de visitas da equipe do PIM, nos municípios que aderiram à política.

As gestantes devem se vincular ao serviço de realização do parto, evitando a peregrinação, e deve ser oferecida visita prévia à maternidade de referência. No pré-natal é importante que sejam abordadas questões relacionadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto⁷.

Os serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos quando se faz necessário o cuidado adicional. Uma vez realizado o encaminhamento para acompanhamento em um serviço especializado, gestantes devem manter o vínculo com a equipe da AB. Por sua vez esta equipe deve ser informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados por meio de contrarreferência (plano de cuidados compartilhado). O estabelecimento dessa comunicação entre os serviços é de suma importância, visto que, gestantes têm maior facilidade de acesso aos serviços de AB, até mesmo pela proximidade ao seu domicílio^{1,-2,4,7,17}.

2.1 SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA NO PRÉ-NATAL

Os exames laboratoriais e de imagem realizados em tempo oportuno são fundamentais para complementar a avaliação e a anamnese, também são importantes para a embasar a conduta profissional e a classificação de risco da gestação^{1-2,4}.

Cabe ressaltar, que aqui estão elencados os exames mínimos para garantir uma assistência pré-natal de qualidade, podendo ser agregados outros exames, conforme rotina municipal e de acordo com a necessidade de cada gestante, avaliação profissional e capacidade instalada do município. Os exames do pré-natal devem ser solicitados por profissionais da medicina, enfermagem e odontologia que realizam o acompanhamento do pré-natal de gestantes e suas parcerias.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de baixo risco^{8-10,13,17,22,24,26}

EXAME	CODIGO EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemoglobina e Hematócrito	0202020304 0202020371	1ª consulta e 3º trimestre	Normal: Hemoglobina > 11g/dl Anemia leve a moderada: Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl Anemia grave: Hemoglobina < 8 g/dl	Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2013) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016) Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina	0202020355	1ª consulta	HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigos e para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme.	Gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de AB. Gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco
Tipo sanguíneo e Fator Rh	0202120023 0202120082	1ª consulta	Tipo sanguíneo + fator Rh positivo: A(+), B(+), AB(+), O(+). Tipo sanguíneo + fator Rh negativo: A(-), B(-), AB(-), O(-).	Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto (quando Rh negativo)	0202120090	A partir da 24ª semana	<u>Coombs indireto positivo:</u> Gestante sensibilizada. <u>Coombs indireto negativo:</u> Gestante não sensibilizada.	<ul style="list-style-type: none"> ● Coombs indireto positivo: Referenciar ao alto risco ● Coombs indireto negativo: ● Repetir exame de 4/4 semanas; Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vílo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em jejum	0202010473	1ª consulta < de 20 semanas: realiza glicemia e repete o exame entre 24 a 28 semanas) 1ª consulta entre 20 e 28 semanas: realiza glicemia entre 24 e 28 semanas 1ª consulta > de 28 semanas: realizar glicemia	< 92 mg/dl: normal De 92 - 125 mg/dl Diabetes Mellitus gestacional. ≥ a 126 mg/dl - Diabete Mellitus prévia	Normal: orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). Realizar TOTG entre 24 e 28 semanas). Diabetes Mellitus gestacional: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2 h após as principais refeições. Valores de referência: Jejum: < que 95 mg/dL 2 h após: < 120 mg/dL. Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

		imediatamente		semanas) ou associado à hipertensão crônica, encaminhar ao PN de alto risco (OPAS, 2016) Diabete Mellitus prévia: encaminhar ao PN de alto risco.
Teste Oral de tolerância à glicose (TOTG) (jejum, 1 e 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose anidro)	0202010040	Entre a 24ª e 28ª semanas	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: Jejum: > ou igual 92 a 125 mg/dl; Após 1h: ≥ 180 mg/dl. Após 2 horas ≥ 153 mg/dl a 199 mg/dl. Diagnóstico de DM na presença de qualquer um dos seguintes valores: em jejum > ou igual 126 mg/dl; após 2 horas >ou igual 200 mg/dl	No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
Urina tipo I	0202050017	1ª consulta e 3º trimestre	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante a emergência obstétrica.. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.
Urocultura e antibiograma	0202080080 0202080013	1ª consulta, 2 e 3º trimestre	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar conforme antibiograma.
Teste rápido de proteinúria		Indicado para gestantes com hipertensão na gravidez	Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). Traços: entre 10 e 30 mg/dl. (+): 30 mg/dl. (++): 40 a 100 mg/dl. (+++): 150 a 350 mg/dl. (++++): > 500 mg/dl.	A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Teste rápido (TR) para Sífilis ¹ ou VDRL	TR: 0214010082 VDRL: 0202031110	1ª consulta e 3º trimestre (28ª semana)	TR ou VDRL não reagente: normal TR de Sífilis (teste treponêmico) ou VDRL (não treponêmico) reagente: Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste. Um VDRL deve ser solicitado imediatamente para iniciar o monitoramento. O VDRL deve ser realizado mensalmente nas gestantes e bimensalmente no parceiro, para monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis (BRASIL, 2018a). Avaliar estágio clínico da doença (Conforme PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015).	Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até dois de duração): Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Sífilis latente tardia (mais de dois ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.
Teste rápido (TR) para detecção de HIV ²	0214010040	1ª consulta e 3º trimestre	TR Não Reagente: Amostra Não Reagente para HIV amostra. Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (marca diferente) TR1 e TR2 reagentes= Amostra Reagente para HIV. Discordante: TR 1 reagente, TR2 Não Reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais (BRASIL, 2015B).	Encaminhar gestante para SAE de referência para início de Terapia Antirretroviral para a profilaxia da Transmissão Vertical e tratamento da infecção pelo HIV. Manter acompanhamento pré-natal na AB.

¹ O TR de sífilis é um teste treponêmico, nos casos reagentes, um teste não treponêmico deve ser realizado (VDRL). Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste. O VDRL deve ser realizado mensalmente nas gestantes e trimestralmente no parceiro, para monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis (BRASIL, 2015a).

² Os TR de HIV são exames diagnósticos, as amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2, não necessitam de coleta de uma nova amostra para comprovação do diagnóstico^{6,10}.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

Teste rápido para Hepatite C ³	0214010090	De acordo com o histórico de risco para exposição ao HCV	TR não reagente: normal TR reagente: Encaminhar para especialidade em infectologia ou gastroenterologia	Resultado reagente no anti-HCV indica contato prévio com o HCV. É necessário complementar o diagnóstico por meio teste molecular ou teste de antígeno.
Sorologia Hepatite B (HBsAg) ⁴	0202030970	1ª consulta 3º trimestre	HBsAg não reagente: normal. HBsAg reagente: solicitar teste molecular HBV-DNA HBV-DNA indetectável: HBV-DNA não detectável na amostra HBV-DNA detectável: amostra reagente para HBV	Gestantes HBsAg não reagente devem receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade. Gestantes com HBV-DNA reagente devem ser referenciadas ao serviço de gastroenterologia ou infectologia HBV-DNA não detectável na amostra: repetir fluxograma em 30 dias.
Toxoplasmose IgG e IgM ⁵	IgG: 0202030768 IgM: 0202030873	1ª consulta, 2º e 3º trimestre	<u>Antes da 16ª semana (situações):</u> 1. IgM não reagente e IgG reagente: Gestante não suscetível 2. IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção 3. IgM reagente e IgG não reagente: infecção aguda ou falso positivo 4. IgM e IgG não reagente: Suscetível. <u>Depois da 16ª semana (situações):</u> 5. IgM não reagente e IgG reagente: 5.1 (1º exame- sem exames anteriores) 5.2 (com exames anteriores) 6. IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção 7. IgM reagente e IgG não reagente: infecção aguda ou falso positivo 8. IgM e IgG não reagente: Gestante Suscetível.	<u>Antes da 16ª semana (situações):</u> 1. não é necessário nova sorologia/ manter PN na AB; 2. iniciar tratamento/Notificar/Encaminhar ao PN de Alto Risco/solicitar Avidéz; 3. iniciar tratamento/Notificar/Encaminhar ao PN de Alto Risco/solicitar sorologia em 3 semanas; 4. orientar medidas de prevenção/repetir sorologia no próx. Trimestre/Seguir PN na AB; <u>Depois da 16ª semana (situações):</u> 5. 5.1: Solicitar Avidéz/ Iniciar tratamento/Notificar/ Encaminhar PN de Alto risco. 5.2: não é necessário nova sorologia/ manter PN na AB; Solicitar avidéz/ iniciar tratamento/Notificar/Encaminhar ao PN de Alto Risco; 6. iniciar tratamento/Notificar/Encaminhar ao PN de Alto Risco; 7. iniciar tratamento/Notificar/Encaminhar ao PN de Alto Risco/solicitar sorologia em 3 semanas; 8. orientar medidas de prevenção/repetir sorologia no próx. Trimestre/Seguir PN na AB. O PN de alto risco confirmará a infecção, no caso de descartar toxoplasmose gestante retorna para pré-natal de risco habitual

³ Não é recomendada a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal, devido ao baixo índice de detecção do agravo em gestantes e a ausência de imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C. A pesquisa do HCV deve esta indicada em gestantes com fator de risco, como: infecção pelo HIV, uso de drogas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, hemodiálise, alteração de provas de função hepática sem outra causa clínica evidente e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico. Embora ainda não existam imunoprofilaxias ou intervenções medicamentosas que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C, o diagnóstico precoce permite seguimento e indicação de tratamento após a gestação, quando indicado, assim como seguimento da criança exposta⁵.

⁴ O uso dos testes rápidos se constituir uma ferramenta importante no cenário epidemiológico brasileiro e estar recomendada a utilização do TR em gestantes no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais e pelo Telessaúde/RS⁵. A Coordenação Estadual de Hepatites Virais recomenda a utilização sorologia laboratorial para Hepatite B (HBsAg), devido a uma preocupação com possibilidade de falsos negativos para detecção de Hepatite B em gestantes, uma vez que neste caso, não seria realizar a imunoglobulina logo após o parto, deixando de prevenir infecção no recém nascido.

⁵ Os três exames estão indicados para gestantes suscetíveis (IgG e IgM não reagentes), pois em regiões de alta endemicidade, está indicado rastreamento adicional com pesquisa de anticorpos IgG e IgM a cada dois ou três meses, justificando a inclusão do rastreamento no 2º trimestre de gestação no Rio Grande do Sul^{2,26}.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Parasitológico de fezes	0202040089	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição de parasitos.	O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Gestantes com parasitoses intestinais só devem receber tratamento na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.
Ultrassonografia (USG)Obstétrica ⁶	02050020143	1ª trimestre (preferencialmente)	Conforme resultado do exame, definição de conduta	Apesar de não existirem evidências dos benefícios da USG de rotina nas gestantes de baixo risco, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. A datação da idade gestacional por ultrassonografia: Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez .
Citopatológico cervico-vaginal ⁷	0203010019 ou 0203010086	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como param as demais mulheres	A interpretação do resultado do exame citopatológico e condutas devem seguir as orientações dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.	

Fontes: BRASIL (2013; 2015a; 2016, 2018a) OPAS (2016)

⁶ A ecografia obstétrica é uma ferramenta importante na avaliação da datação gestacional, com maior precisão quando solicitada no primeiro trimestre (até 12 semanas). Ecografias obstétricas realizadas entre 14 e 20 semanas são capazes de definir a IG com margem de erro de mais ou menos sete dias⁸.

⁷ A coleta de material endocervical deve ser avaliada caso a caso, pesando riscos e benefícios. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ter acompanhamento de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Já nos casos com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame³.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE GESTANTES

A Estratificação de Risco está de acordo com o protocolo de encaminhamento para Obstetrícia, do Telessaúde, Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres^{2,4,17}.

A estratificação de risco a cada consulta é um processo dinâmico de identificação de gestantes que necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento^{2,4,17}.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência de gestantes para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, devendo manter o vínculo com o nível primário, retornando para este, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada^{2,4,17}.

Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas neste documento. Todas as informações consideradas relevantes devem ser observadas, nos casos de dúvidas o telessaúde poderá ser consultado^{2,4,17}.

Gestantes com acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave ou comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas. Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesse documento. Entretanto, ressalta-se que existem muitas outras condições que não foram contempladas, sendo de responsabilidade da equipe o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme avaliação e necessidade^{2,4,17}.

Gestantes com estratificação de alto risco devem manter o acompanhamento regular na UBS, uma vez que a equipe de saúde da AB é a coordenadora e responsável do seu cuidado longitudinal; sendo o cuidado compartilhado com o serviço de alto risco^{2,4,17}.

Apresentamos a estratificação de risco no quadro 1, utilizando as cores azul, verde (estima-se que 85% das gestantes estejam nestas categorias), amarelo, laranja e vermelho. As cores são utilizadas para definir o nível de atenção onde o pré-natal será realizado.

Azul: está relacionada a gestantes sem fatores de risco identificado no momento, neste caso devem realizar o pré-natal na AB e devem ter o risco reavaliado em todas as consultas.

Verde: gestantes com fatores de risco, mas que não necessitam de encaminhamento ao alto risco, devem receber atendimento pelo pré-natal de risco habitual na AB. O risco deve ser reavaliado em todas as consultas.

Amarelo: gestantes que não necessitam do pré-natal de alto risco, mas que necessitam de acompanhamento em outros pontos da rede, devido a necessidades clínicas específicas. O alto risco, nestes casos, só será indicado se houver outros critérios de risco que o indiquem.

Laranja: Estima-se que 15% de gestantes apresentem fatores de risco que devem ser encaminhados para o **pré-natal de alto risco**. Nestes casos, deve-se encaminhar via regulação conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual em ambulatório especializado (nível secundário ou terciário). O vínculo entre a AB e gestante deve ser mantido durante o pré-natal de alto risco..

Vermelho: necessidade imediata de atendimento de emergência, está relacionada a fatores de risco que demandam **encaminhamento imediato para emergência ginecológico-obstétrico**. Após estabilização, quando houver a alta hospitalar, a AB deve priorizar o atendimento, fazendo assim a avaliação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 2. Estratificação de risco de gestantes^{1-2,4-6,11-12,17,19-21}

Situação	Classificação	Fatores de risco	Orientações para a AB
	PN risco habitual na AB	Gestantes sem fator de risco	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS	PN risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none"> Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); Condições ambientais desfavoráveis Altura menor do que 1,45m; IMC (Índice de Massa Corporal) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade com $IMC < 40 \text{ Kg/m}^2$. 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): se configura situação de crime estupro de vulnerável, a despeito de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima já seja sexualmente ativa. É obrigatório para os serviços de saúde a notificação no SINO/SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar do município (BRASIL, 2018, p. 27). Gestantes em vulnerabilidade social podem ser acompanhadas concomitantemente pelo Sistema Único de Assistência Social, referenciar ao CRAS ou CREAS da região. Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
GESTÃO DECORRENTE DE ESTUPRO	Encaminhar atendimento em violência sexual	Gestação resultante de estupro	<ul style="list-style-type: none"> Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): se configura situação de crime estupro de vulnerável, a despeito de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima já seja sexualmente ativa. É obrigatório para os serviços de saúde a notificação no SINO/SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar do município (BRASIL, 2018, p. 27) Na gestação resultante de estupro, a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com feto pesando menos de 500g é uma opção, com direito previsto em lei. A Atenção Básica deve conhecer a rede de atendimento em violência sexual com maior brevidade possível.
SITUAÇÃO OCUPACIONAL	PN risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none"> Esforço físico excessivo; Carga horária extensa; Rotatividade de horário; Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos; Estresse. 	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. Orientar sobre direitos trabalhistas da gestante, que garantem a transferência de função quando a atividade normalmente prestada for prejudicial à gestação (laudo médico atestando, quando houver necessidade)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

HIPERTENSÃO EM GESTANTES	PN de Alto Risco	<p>Hipertensão crônica: (diagnóstico prévio de hipertensão, ou diagnóstico anterior a 20ª semana gestacional) com:</p> <ul style="list-style-type: none">• lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou• uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou• suspeita de hipertensão secundária; ou• tabagismo; ou• idade materna > 40 anos; ou• diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou• mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação). <p>Hipertensão gestacional: diagnóstico após 20ª semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia); ou</p> <ul style="list-style-type: none">• diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou• em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação).	<ul style="list-style-type: none">• Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco;• Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco;• A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultase visitas domiciliares.
	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica.	<p>Crise hipertensiva (PA sistólica \geq 160 mmHg ou PA diastólica \geq 110 mmHg)</p> <p>Suspeita de pré-eclâmpsia: Hipertensão arterial (PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg) detectada após 20ª semana gestacional associada a:</p> <ul style="list-style-type: none">• proteinúria (relação proteinúria/creatinúria > 0,3 ou fita reagente > 1+); e/ou• sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas): cefaleia persistente ou grave, anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia), dor abdominal ou epigástrica, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental. <p>Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica: Hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a:</p> <ul style="list-style-type: none">• piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou - sinais e sintomas de pré-eclâmpsia <p>Eclâmpsia: Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Após alta hospitalar, a Atenção Básica deve priorizar o atendimento da gestante.• Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.
DIABETES EM GESTANTES	PN de risco habitual na AB	<p>Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):</p> <p>Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios diagnósticos para DM.</p> <ul style="list-style-type: none">• glicemia de jejum no 1º trimestre, entre 92 -125 mg/dL; ou• glicemia avaliada pelo TOTG entre 24 e 28 semanas, com pelo menos um dos seguintes resultados:<ul style="list-style-type: none">○ Jejum: \geq 92 mg/dL; e/ou○ Após 1 hora: \geq 180 mg/dL; e ou○ Após 2 horas: \geq 153 mg/dL <p>Critérios de DMG com:</p> <ul style="list-style-type: none">• sucesso no controle glicêmico a partir de medidas não farmacológicas (em até 2 semanas).	<p>O controle glicêmico, deve ser realizado diariamente em jejum, antes das principais refeições e 2h após as principais refeições.</p> <p>Valores de referência:</p> <ul style="list-style-type: none">• jejum < que 95• 2h após: < de 120



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

	PN Alto Risco em ambulatório especializado	<p>Diabetes mellitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previamente diagnosticado antes do período gestacional; ou • 2 glicemias de jejum na gestação ≥ 126 mg/dL; ou • Glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 gr de glicose ≥ 200 mg/dL; ou • Hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$; ou • Glicemia capilar aleatória ≥ 200 mg/dL na presença de sintomas. <p>Diabetes Mellitus Gestacional:</p> <p>Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios diagnósticos para DM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia de jejum no 1º trimestre, entre 92 -125 mg/dL; ou • glicemia avaliada pelo TOTG entre 24 e 28 semanas, com pelo menos um dos seguintes resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Jejum: ≥ 92 mg/dL; e/ou ○ Após 1 hora: ≥ 180 mg/dL; e ou ○ Após 2 horas: ≥ 153 mg/dL <p>Critérios de DMG com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas, ou • gestante com hipertensão crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas, visitas domiciliares.
ANEMIAS EM GESTANTES	PN risco habitual na AB	Anemia leve e moderada Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada.	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. • Tratar e orientar gestante conforme Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2013) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016) • Remarcar consultas em intervalo menor (BRASIL, 2013).
	PN de Alto Risco em ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou • Hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou • Hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias); ou • Hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares
	Encaminhamento imediato para o emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia com sinais ou sintomas de gravidade: como dispnéia, taquicardia, hipotensão, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Após alta hospitalar, a AB deve priorizar o atendimento da gestante. • Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário
HIPOTIREOÍDI SMO E HIPERTIREOÍDI SMO	PN de Alto Risco Referenciar para Endocrinologia	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de hipertireoidismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco e endocrinologia. • Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco e a endocrinologia. • A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consulta e visitas domiciliares.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

	PN de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
HISTÓRIA DE ABORTAMENTO RECORRENTE	PN de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> Perda espontânea e consecutiva de 3 ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade < 35 anos; ou Perda espontânea e consecutiva de 2 ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade > 35 anos; Presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípide, (considerar pelo menos um dos critérios clínicos): <ul style="list-style-type: none"> Trombose vascular:um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial. Morbidade obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> Uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais a partir da 10ª semana de gestação. Um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave. Três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída. História prévia de incompetência istmo-cervical: <ul style="list-style-type: none"> Dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo; ou Suspeita atual de incompetência istmo-cervical (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio). 	<ul style="list-style-type: none"> Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na AB, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas). Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco. Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas, visitas domiciliares e Agente Comunitário de Saúde. Gestante com história prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical deve iniciar progestágeno (progesterona micronizada via vaginal 100 a 200 mg/dia a partir da 16 semana de gestação) enquanto aguarda consulta em serviço especializado.
	Encaminhamento imediato para emergência obstétrica	Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular).	Após alta hospitalar, a Atenção Básica deve: <p>Na manutenção da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário. <p>Na confirmação do abortamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulta pós abortamento, orientação sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos e (BRASIL, 2011).
HEPATITES VIRAIS	Referenciar para Gastroenterologia ou para Infectologia	<ul style="list-style-type: none"> Hepatite viral aguda por vírus C; ou Hepatite viral crônica por vírus C; ou Hepatite viral crônica por vírus B. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante com plano de cuidado, via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o serviço de gastroenterologia ou infectologia. Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao serviço de gastroenterologia ou infectologia. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares
HIV/AIDS	PN de risco habitual na UBS PN compartilhado com	Gestante com HIV/Aids	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar com plano de cuidado para Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) de referência regional e/ou municipal para manejo clínico do HIV/Aids. Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao SAE. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

CONDILOMA ACUMINADO/ VERRUGAS VIRAIS	Referência para Dermatologista	Gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal) / verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para a dermatologia; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao serviço de dermatologia. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e, visitas domiciliares.
	PN de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> Gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); ou Gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco. Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
SÍFILIS EM GESTANTE	Pré-natal de risco habitual na AB	Sífilis em gestante	<ul style="list-style-type: none"> Tratar e orientar gestante e parceria(s) (fundamental para evitar reinfeção) conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2018). Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
	PN de Alto Risco ou Medicina	<ul style="list-style-type: none"> Gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina); ou Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; A UBS deve manter o vínculo através de consultas e visitas domiciliares.
	Encaminhamento imediato	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou Gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Após alta hospitalar, a Atenção Básica deve priorizar o atendimento. Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.
TOXOPLASMOSE	PN de Alto Risco	Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
	Encaminhamento imediato para emergência	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou Pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite). 	<ul style="list-style-type: none"> Após alta hospitalar, referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ALTERAÇÕES ECOGRÁFICAS NA GESTAÇÃO	Pré-natal de Alto Risco	<p>Alterações no Líquido Amniótico:</p> <ul style="list-style-type: none"> oligodrâmnio (ILA menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsão < 2 cm); ou polidrâmnio consequente à anomalia fetal; polidrâmnio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsão > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica. <p>Alterações Placentárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional; ou placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); ou inserçãoovelamentosa do cordão. <p>Alterações fetais:</p> <ul style="list-style-type: none"> crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional). 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal. Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
	Referenciar para Obstetrícia (Medi)	Fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais, como: fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocoele/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastroquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).	
ISOIMUNIZAÇÃO RH	PN de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título; ou Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco; AUBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
FATORES RELACIONADOS A GESTAÇÃO ATUAL	PN de risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none"> Ganho ponderal inadequado; Infecção urinária; 	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. Tratar e orienta conforme Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2013) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016) Remarcar consulta em intervalo menor (BRASIL, 2012).
	PN de Alto Risco	<p>Condições fetais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gemelaridade; ou uspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível. <p>Condições maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou Pneumopatias graves; ou Nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite); ou Doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); ou Doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); ou Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, outras colagenoses); ou Deformidade esquelética materna grave; ou Desnutrição ou obesidade mórbida; ou Diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou Suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou Tromboembolismo venoso prévio. 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal; Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco. A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares. Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas). Ligar para TelessaudeRS para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.
	PN risco habitual na Rede S. Acompanhamento Rede S.	<ul style="list-style-type: none"> Transtornos mentais graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar) 	<ul style="list-style-type: none"> Referenciar para a Rede de Saúde Mental (Psiquiatria, CAPS, NAAB, NASF, ou outros dispositivos da rede). Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso à Rede de Saúde Mental. A UBS deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO EM GESTAÇÃO PRÉVIA	Pré-natal de risco habitual na AB	<ul style="list-style-type: none">• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;• Macrossomia fetal;• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);• Cirurgia uterina anterior;• Três ou mais cesarianas	<ul style="list-style-type: none">• Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
	PN risco habitual na Rede Acompanhamento	Gestantes com transtorno bipolar prévio ou com uso de álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none">• Referenciar para a Rede de Saúde Mental (Psiquiatria, CAPS ,NAAB, NASF, ou outros dispositivos da rede.• Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso à Rede de Saúde Mental;• A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares
	PN de Alto Risco	<p>Condições fetais:</p> <ul style="list-style-type: none">• História de óbito fetal no 3º trimestre <p>Condições maternas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação); ou• Acretismo placentário em gestação anterior; ou• História de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou• Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.	<ul style="list-style-type: none">• Referenciar a gestante via regulação (conforme fluxo estabelecido a nível municipal ou estadual) para o pré-natal de alto risco ou medicina fetal;• Verificar junto a regulação e/ou gestante se houve o acesso ao pré-natal de alto risco;• A UBS deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares e.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

4 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A Política Estadual de Atenção Integral de Saúde do Homem (PEAISH) tem estimulado os municípios a desenvolverem estratégias do pré-natal do parceiro, com ênfase na participação dos pais e melhoria do vínculo familiar, incentivando os municípios e serviços a realização e registro de consultas e de exames do parceiro.

Nesse sentido a participação do pai/parceiro tem relevância para as mulheres no pré-natal, puerpério e período de amamentação. Além de incentivar o homem ao cuidado com sua saúde e também como ferramenta de prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis^{5-6,15}.

O pai/parceiro deve ter garantido minimamente a realização dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e C. Os testes rápidos com resultados reagentes devem ter seu encaminhamento e diagnóstico confirmado conforme orientações do **Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de baixo risco**. A solicitação de exames adicionais para o pai/parceiro, deve considerar a avaliação clínica e as particularidades de cada indivíduo.

Quadro 3. Testes rápidos na pré-natal do pré-natal do pai/parceiro

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

5 CONSULTA PUERPERAL

A consulta puerperal deve ser garantida, se não houver o comparecimento na UBS deve-se realizar busca ativa. A consulta deve contemplar: avaliação de sintomas preditivos de infecções e hemorragias, dificuldades com aleitamento, cuidados com recém-nascido, aspectos emocionais relacionados ao puerpério e planejamento sexual e/ou reprodutivo^{1-2,4}.

Como a transmissão vertical do HIV também pode ocorrer através do aleitamento, a consulta puerperal deve ser uma oportunidade para testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. A testagem rápida de HIV deve ser repetido sempre que houver exposição da lactante, além disso deve ser orientado sobre estratégias de prevenção combinada, como uso de preservativos, avaliada a necessidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no caso de uma exposição de risco em até 72h, entre outras^{1-2,4-6}.

Quadro 5. Testes rápidos realizados na consulta puerperal

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

Os testes rápidos com resultados reagentes devem ter seu encaminhamento e diagnóstico confirmado conforme orientações do **Quadro 1. Solicitação de exames de rotina no pré-natal de baixo risco**.

Preconiza-se que a consulta na UBS da criança recém-nascida, ocorra entre o terceiro e o quinto dia de vida, devendo ser agendado antes da alta da maternidade, através do contato com Unidade Básica de Saúde de referência da puerpera.

6 TELECONSULTORIA CLÍNICA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte de profissionais que atuam na AB ou em situações não contempladas neste documento para qualificar o cuidado de gestantes na AB.

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

O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08 às 17h30min, podendo acessar o serviço profissionais da medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física, serviço social e psicologia da AB do Brasil.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
3. _____. Ministério da Saúde. Guia do Pré-natal do Parceiro para os Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf
4. _____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 119.
7. _____. Portaria MS/SAS nº 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha, conforme consta no § 2º do Art. 8º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html
8. _____. Portaria GM/MS nº 1.631 - Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/PT-PAR--METROS.pdf>
9. LOCKWOOD CJ, MAGRIPILES U. Initial prenatal assessment and first-trimester prenatal care. UpToDate, 2016. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/initial-prenatal-assessment-andfirst-trimester-prenatal-care?source=see_link§ionName=Airline+travel&anchor=H28#H28
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: file:///C:/Users/gabriela-cardozo/Downloads/pcdt_tv_20_08_18.pdf
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2e_d.pdf
12. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo temático da pesquisa de 2012. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf
13. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016. 32p.
14. PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 31 ago. 2018.
15. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução nº 236/14 - CIB/RS. Instituir incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) no âmbito da rede SUS do Estado do Rio Grande do Sul, com ênfase no fortalecimento da atenção básica em saúde. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110114-1402422792-cibr236-14.pdf>



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

16. _____. Núcleo de imunizações. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Centro estadual de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde. Instrução Normativa Calendário Nacional de vacinação: Adaptação Rio Grande do Sul. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: [file:///C:/Users/ses3183645/Downloads/20152253-instrucao-normativa-calendario-nacional-de-imunizacoes-2018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ses3183645/Downloads/20152253-instrucao-normativa-calendario-nacional-de-imunizacoes-2018%20(2).pdf)
17. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. RegulaSUS. Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia Pré-Natal de Alto Risco. Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS. 2015. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS_20160324.pdf
18. LANDERDAHL MC et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. Esc Anna Nery R Enferm, 2007. p. 105 – 11.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 754 p. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf
20. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de adolescentes: Orientações Básicas para Saúde Sexual e Reprodutiva. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 45 p. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf
21. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da criança e Adolescente. Nota Técnica 01/2018 - Adolescente e o direito de acesso à saúde. Porto Alegre, 10 de setembro de 2018. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180914/26101408-5-nota-tecnica-0110set2018.pdf>
22. MARTINS-COSTA SH et al. Rotinas em obstetrícia. 7. edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.
23. MARQUES SS. et al. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):67593. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/67593/44642>
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendação para não utilização de exames de rotina para rubéola em gestantes. 2011. Brasília. p.1-2.
25. OKADA MM et al. Violência doméstica na gravidez. Acta Paul Enferm. 2015; 28(3):270-4. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0270.pdf>
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. Protocolo de notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf
27. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) . [acesso em 08 nov 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

ANEXO I

PARA UMA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EFETIVA, ORIENTA-SE GARANTIR:

- estrutura mínima para assistência pré natal do(a) médico(a) de família e comunidade/generalista e do(a) enfermeiro(a) para atender às reais necessidades das gestantes, mediante os conhecimentos técnico-científicos;
- Identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal, ainda no 1º trimestre da gravidez;
- Oferta do teste rápido de gravidez na unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, bem como fornecimento e preenchimento da Caderneta da Gestante;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- Realização de testagem rápida para HIV e sífilis;
- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto;
- Busca ativa das gestantes com dificuldades de adesão ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;

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

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