

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

Protocolo de
Assistência ao Pré-Natal
e Puerpério no Município
de Nova Lima

2026 NOVA LIMA

Prefeito Municipal

João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeita Municipal

Cissa Caroline Ferreira Souza

Secretaria Municipal de Saúde

Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretaria Executiva

Sheila Nara Ferreira

Subsecretaria de Atenção Integral e Cuidados Primários

Dayanna Mary De Castro

Subsecretaria de Atenção Especializada e Emergencial

Carolina De Castro Figueiredo Resende

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Karla Morais Seabra Vieira Lima

Subsecretaria de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde

Isabel Cristina Alves

Subsecretaria de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde

Natália Diegues Marchezini

Comissão Organizadora – 2ª edição

Adriana Nunes de Oliveira Mendes

Dayanna Mary de Castro

Débora Fernandes Rodrigues

Fernanda Amaral Rodrigues Chaves

Helena Pereira Oliveira

Letícia de Souza Cainelli

Revisão Técnica

Adriana Nunes de Oliveira Mendes

Antônio Augusto Costa de Paula

Dayanna Mary de Castro

Débora Fernandes Rodrigues

Fernanda Amaral Rodrigues Chaves

Patrícia Lopes Silva

Renier de Moraes Torres Junior

Thania Mara Montijo Soares

Normalização

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Revisão de texto

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Fernanda Amaral Rodrigues Chaves

Consulta Pública

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Nova Lima, em seu processo de organização e oferta de serviços de saúde, busca fortalecer a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, tem se dedicado a qualificar o trabalho das equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente das equipes de Saúde da Família (eSF), o que certamente repercutirá de modo decisivo e positivo em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde.

Uma das ações adotadas nesse sentido é a revisão e elaboração dos Protocolos Técnicos, que são instrumentos que orientam as práticas técnicas dos profissionais, padronizando e atualizando procedimentos e condutas nos serviços de saúde, além de definir os fluxos de atendimento dentro do município. Assim, os protocolos expressam a política assistencial da SEMSA, suas decisões éticas e as tecnologias escolhidas para enfrentar os problemas de saúde de forma adequada e viável. No entanto, mesmo sendo completos, os protocolos podem não abordar todas as situações clínicas ou técnicas. Por isso, em casos mais específicos, recomenda-se a consulta a cartilhas e materiais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde.

O Protocolo de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Município de Nova Lima tem como objetivo orientar o trabalho dos profissionais da rede municipal de saúde que atuam no cuidado ao pré-natal. Ele apresenta diretrizes para a organização do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a classificação de risco das pessoas que gestam, o acompanhamento da gestação de risco habitual e intermediário, e as possíveis intercorrências. Também aborda ações de promoção da saúde durante a gestação e o puerpério, cuidados em situações especiais e aspectos legais relacionados à gestação, ao parto/nascimento e ao pós-parto.

Destacamos, por fim, que a partir deste protocolo adotaremos em nossas publicações institucionais **o uso de vocabulário inclusivo**, com o objetivo de contemplar todas as pessoas que podem gestar. Essa diretriz visa fortalecer o acolhimento e a humanização do cuidado, orientando os profissionais de saúde a utilizarem uma linguagem que **reconheça a diversidade e promova equidade no atendimento, em consonância com os princípios do SUS**. Nos trechos que fizerem referência a Protocolos e Programas já existentes, poderá ser mantido o vocabulário anteriormente utilizado, a fim de preservar a vinculação com o documento original.

Este protocolo é uma ferramenta importante para promover boas práticas e deve ser utilizado como material de referência no cotidiano dos profissionais. Espera-se que os profissionais ofereçam uma atenção integral, promovam a saúde, previnam agravos e acolham as pessoas que gestam com escuta qualificada, garantindo um atendimento humanizado e fortalecendo o vínculo entre estas pessoas, suas parcerias e a equipe de saúde.

Consulta Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Reorganização do fluxo de atendimento ao pré-natal.....	31
Figura 2 – Porta de entrada da pessoa que gesta no pré-natal e avaliação de risco para classificação de risco	33
Figura 3 – Classificação de risco da pessoa que gesta	40
Figura 4 – Medida da altura uterina	51
Figura 5 – Saúde Bucal da Gestante do Ministério da Saúde	71
Figura 6 – Calendário de vacinação para gestantes.....	72
Figura 7 – Versão digital da Caderneta da Gestante de 2024	75
Figura 8 – Fluxograma de testes laboratoriais para o diagnóstico da infecção por HTLV-1 e HTLV-2 no Brasil.....	88
Figura 9 – Secreção hormonal ao longo da gestação	99
Figura 10 – Ilustração das modificações posturais causadas pelo crescimento uterino	100
Figura 11 – Manual de Gestação de Alto Risco	103
Figura 12 – Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde	105
Figura 13 – Pega correta.....	133
Figura 14 – Sugestão de como fazer a rosquinha de tecido	134
Figura 15 – Cartilha de Orientações sobre amamentação	135
Figura 16 – Cartilha de orientações para doação de leite humano	136
Figura 17 – Tipos de mamilos	137
Figura 18 – Introdução do dedo indicador na boca do bebê para interromper a sucção	139
Figura 19 – Ebook Agosto Dourado.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Administração preventiva de ácido fólico.....	17
Quadro 2 – Informações a serem coletadas sobre a história obstétrica de cada gestação.....	18
Quadro 3 – Informações a serem coletadas sobre a história ginecológica.....	18
Quadro 4 – Orientações ao paciente sobre uso de repelentes	22
Quadro 5 – Orientações para combate à proliferação do mosquito	23
Quadro 6 – Implicações do uso de maconha e cocaína na gravidez	25
Quadro 7 – Cronograma de consultas do pré-natal de risco habitual.....	34
Quadro 8 – Referência de frequência para visitas domiciliares pelo ACS	37
Quadro 9 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Risco Habitual.....	40
Quadro 10 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Risco Intermediário.....	41
Quadro 11 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Alto Risco	43
Quadro 12 – Situações clínicas que demandam avaliação hospitalar	46
Quadro 13 – Canais de Denúncia e Apoio em Situações de Violência Doméstica	49
Quadro 14 – Interpretação dos Desvios na Curva de Altura Uterina.....	52
Quadro 15 – Evolução do Tamanho Uterino por Semana Gestacional.....	52
Quadro 16 – Principais suplementações relacionadas ao período gestacional.....	54
Quadro 17 – Uso Concomitante de Suplementos de Ferro e Cálcio.....	55
Quadro 18 – Orientações baseadas no Guia Alimentar para a população brasileira aplicadas às gestantes	56
Quadro 19 – Recomendações específicas para gestantes suscetíveis à toxoplasmose.....	59
Quadro 20 – Ganho de peso recomendado (em Kg) durante a gestação segundo o estado nutricional.....	60
Quadro 21 – Resumo das vacinas e suas relações com a vacinação	72
Quadro 22 – Situações e condutas para a vacinação com dT e dTpa de pessoas que gestam	73
Quadro 23 – Prazo descrito para vacinação pós-parto	73
Quadro 24 – CID-10 e CIAP2 utilizados para registro do início do acompanhamento de pré-natal	76
Quadro 25 – Códigos que podem ser utilizados para encerrar uma gestação	77
Quadro 26 – Códigos CIAP2 para registro de avaliação puerperal	78

Quadro 27 – Roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional	79
Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta.....	82
Quadro 29 – Recomendações para ecocardiografia fetal com perfil de gestação de risco elevado	92
Quadro 30 – Recomendações para ecocardiografia fetal com perfil de gestação de risco baixo	93
Quadro 31 – Principais alterações hematológicas durante a gravidez	97
Quadro 32 – Benefícios do parto normal	117
Quadro 33 – Riscos da cesariana	117
Quadro 34 – Indicações reais de cesariana.....	118
Quadro 35 – Não se constituem indicações absolutas de cesariana.....	118
Quadro 36 – Situações especiais em que a conduta deve ser individualizada	119
Quadro 37 – Condutas contraindicadas de rotina de assistência ao parto.....	119
Quadro 38 – Fases do puerpério.....	125
Quadro 39 – Critérios para estratificação de risco da criança (continua)	130
Quadro 41 – Relação dos principais antidepressivos com a amamentação	146
Quadro 42 – Diferenças dos principais distúrbios psiquiátricos puerperais	148
Quadro 43 – Alertas vermelhos no puerpério e necessidade de referenciamento para atendimento de emergência	149
Quadro 44 – Sinais amarelos e problemas frequentes no puerpério (continua).....	151
Quadro 45 – Efeitos dos diferentes métodos contraceptivos no aleitamento humano.....	157

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AAE** - Atenção Ambulatorial Especializada
- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- ADH** - Hormônio antidiurético (Antidiuretic Hormone)
- AINEs** - anti-inflamatórios não esteroides
- AINHs** - Anti-inflamatórios não hormonais
- Anvisa** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- ARBDS** - *Alcohol-Related Birth Defects* (Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool)
- ARND** - *Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder* (Transtorno do Neurodesenvolvimento Relacionado ao Álcool)
- BP** - Baixo Peso
- BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CCN** - Comprimento cabeça-nádega
- CDC** - Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
- CEMAIS** - Centro Municipal de Atenção Integral à Saúde
- CEO** - Centro de Especialidades Odontológicas
- CER III** - Centro Especializado em Reabilitação
- CIUR** - Crescimento Intrauterino Restrito
- CNS** - Cartão Nacional de Saúde
- CPF** - Cadastro de Pessoa Física
- CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- DIU** - Dispositivo Intrauterino
- DM** - Diabetes melito
- DMG** - Diabetes melito gestacional
- DPP** - Data Provável do Parto
- DUM** - Data da Última Menstruação

- E-Multi** - Equipe Multidisciplinar
- ECA** - Enzima conversora de angiotensina
- ECM** - Exame Clínico das Mamas
- EPDS** - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
- eAP** - Equipe de Atenção Primária
- eSB** - Equipe de Saúde Bucal
- eSF** - Equipe de Saúde da Família
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- FC** - Frequência cardíaca
- FHNSL** - Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes
- GPD** - Glicemia Pós Dextrosol
- HTLV-1** - Vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1
- HTLV-2** - Vírus linfotrópico de células T humanas tipo 2
- IG** - Idade Gestacional
- IMC** - Índice de Massa Corporal
- ISTs** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- ITU** - Infecção do trato urinário
- LAM** - Método da amenorreia da lactação
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PA** - Pressão arterial
- PAD** - Pressão arterial diastólica
- PAS** - Pressão arterial sistólica
- PBF** - Programa Bolsa Família
- PEC** - Prontuário Eletrônico do Cidadão
- PICS** - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- PNAR** - Pré-Natal de Alto Risco
- PNI** - Programa Nacional de Imunização
- RAS** - Rede de Atenção à Saúde
- RCIU** - Retardo de crescimento intrauterino
- REMUME** - Relação Municipal de Medicamentos
- RN** - Recém-nascido

SAE - Serviço de Assistência Especializada
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBIm - Sociedade Brasileira de Imunologia
SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria
SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TACS - Técnico de agente comunitário de saúde
TEV - Tromboembolismo venoso
TIG - Teste Imunológico de Gravidez
TN - Translucência nucal
TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose
TVP - Trombose venosa profunda
UASE - Unidade Avançada de Saúde Especializada
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCLH - Unidades Coletoras de Leite Humano
UFC - Unidade formadora de colônia
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USG - Ultrassonografia

Consulta Pública

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL	16
2.1 ACONSELHAMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE ARBOVIROSES	22
2.2 ACONSELHAMENTO SOBRE USO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO	24
2.3 ACONSELHAMENTO SOBRE USO DO TABACO NA GESTAÇÃO	24
2.4 ACONSELHAMENTO SOBRE USO DE DROGAS ILÍCITAS NA GESTAÇÃO	25
3 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO	27
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
3.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	27
3.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA	27
3.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
3.5 APOIO DIAGNÓSTICO E FARMACÊUTICO	29
3.6 HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES – HOSPITAL FILANTRÓPICO	29
3.7 SERVIÇO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO	29
3.8 FLUXO DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL	30
3.8.1 Reorganização do Fluxo de atendimento ao Pré-Natal	30
3.8.2 Captação precoce da pessoa que está gestante	31
3.8.3 Oficina do Nascer	38
3.9 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA QUE GESTA	39
4 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL – RISCO HABITUAL E RISCO INTERMEDIÁRIO	47
4.1 AÇÕES POR CONSULTA	47
4.1.1 Anamnese	48
4.1.2 Exame Físico	50
4.1.3 Avaliação Nutricional	53
4.2 ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL	61
4.2.1 Educação Física	61
4.2.1.1 Atendimento Individual	62
4.2.1.2 Atendimento Coletivo	62
4.2.2 Fisioterapia	63

4.2.2.1 Atendimento Individual	63
4.2.2.2 Atendimento Coletivo	63
4.2.3 Fonoaudiologia	64
4.2.3.1 Atendimento Individual	64
4.2.3.2 Atendimento Coletivo	65
4.2.4 Nutrição	65
4.2.4.1 Atendimento Individual	65
4.2.4.2 Atendimento Coletivo	66
4.2.5 Serviço Social	66
4.2.5.1 Atendimento Individual	67
4.2.5.2 Atendimento Coletivo	67
4.2.6 Terapia Ocupacional	68
4.2.6.1 Atendimento Individual	68
4.2.6.2 Atendimento Coletivo	68
4.2.7 Psicologia/Psiquiatria	69
4.2.7.1 Atendimento Individual	69
4.2.7.2 Atendimento Coletivo	69
4.2.8 Odontologia	70
4.3 IMUNIZAÇÃO	71
4.4 REGISTRO DO ATENDIMENTO	74
4.4.1 A Caderneta da Gestante	74
4.4.2 Registros do acompanhamento do Pré-natal no PEC e-SUS APS	75
4.4.3 Registro do início do acompanhamento do pré-natal	76
4.4.4 Registro do desfecho da gestação	77
4.4.5 Registro da consulta puerperal	78
4.4.6 Registro do pré-natal do parceiro	78
5 EXAMES COMPLEMENTARES	79
5.1 EXAMES LABORATORIAIS	81
5.2 EXAMES DE IMAGEM	88
5.2.1 US primeiro trimestre	88
5.2.2 US morfológico	90
5.2.3 US perfil biofísico fetal	90

5.2.4 US com Doppler	91
5.2.5 US com Ecocardiografia Fetal	92
6 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS DA GESTAÇÃO.....	95
6.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO	95
6.1.1 Alteração no sistema cardiovascular	95
6.1.2 Alterações respiratórias	96
6.1.3 Alterações hematológicas	97
6.1.4 Alterações musculoesqueléticas	99
6.1.5 Alterações do sistema urinário	100
6.1.6 Alterações cutâneas	101
6.1.7 Alterações gastrointestinais	102
6.2 CONDIÇÕES FREQUENTES MATERNAS INFLUENCIADORAS NO RISCO GESTACIONAL	103
7 O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO/PARCERIA.....	104
8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIREITOS DA GESTANTE	108
8.1 DIREITOS DO CASAL	108
8.2 DIREITOS SOCIAIS.....	109
8.3 RELAÇÕES DE TRABALHO	110
8.3.1 Licença maternidade	111
8.3.2 Licença paternidade	112
8.3.3 Licença maternidade nos casos de adoção.....	112
8.4 ESTUDANTE GRÁVIDA	113
8.5 VIOLÊNCIAS NA GRAVIDEZ	113
8.6 AMAMENTAÇÃO	113
8.7 ABORTO	114
8.8 LUTO PARENTAL	114
9 ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO	115
9.1 PREPARO PARA O PARTO.....	115
9.2 PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL.....	116
9.3 PLANO DE PARTO.....	120
9.4 IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO.....	121
9.5 PREPARO PARA O ALEITAMENTO HUMANO	122

9.6 CUIDADOS COM AS MAMAS DURANTE O PRÉ-NATAL.....	121
10 PUERPÉRIO E ALEITAMENTO HUMANO.....	124
10.1 PUERPÉRIO.....	124
10.2 AÇÕES DO 5º DIA	127
10.2.1 Consulta do quinto dia da pessoa que está no puerpério	127
10.2.2 Avaliação do recém-nascido.....	129
10.2.3 Avaliação do vínculo mãe-bebê	131
10.2.4 Avaliação do Aleitamento Humano	132
10.3 DOAÇÃO DO LEITE HUMANO PARA O BANCO DE LEITE HUMANO	134
10.4 DIFICULDADES MAIS COMUNS ASSOCIADAS À AMAMENTAÇÃO	136
10.4.1 Dor mamilar e lesões mamilares	137
10.4.2 Mamas Ingurgitadas.....	139
10.4.3 Mastite	140
10.4.4 Abscesso mamário	141
10.4.5 Baixa Produção de Leite	142
10.5 AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PUERPÉRIO.....	144
10.5.1 Disforia Puerperal ou “Baby Blues”	144
10.5.2 Depressão Puerperal.....	145
10.5.3 Psicose Puerperal.....	147
10.6 IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS VERMELHOS E AMARELOS NO PUERPÉRIO E CONDUTAS.....	149
10.7 CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO.....	153
10.7.1 Amenorreia da lactação	154
10.7.2 Métodos hormonais	154
10.7.3 DIU Cobre	156
10.7.4 Método de barreira: Preservativo masculino e preservativo feminino	156
10.7.5 Métodos definitivos: Laqueadura tubária.....	156
11 INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159

1 INTRODUÇÃO

A qualidade do pré-natal ofertado pela Atenção Primária à Saúde é um importante indicador de seu desempenho, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral às pessoas que gestam. A assistência adequada, com a identificação precoce de riscos e intervenções oportunas, somado a um sistema eficiente de encaminhamento para a rede hospitalar e à qualificação da assistência ao parto, são fatores essenciais para melhorar os indicadores de saúde das pessoas que gestam e do bebê, que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de possíveis alterações e a adoção de medidas que protejam a saúde das pessoas que gestam e da criança¹.

É fundamental abordar a história de vida dessa pessoa que gesta, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo, há uma importante transição existencial. É uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da pessoa que gesta e da criança, assim como a inclusão da parceria (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da pessoa que gesta.

Além das questões de saúde, as pessoas que gestam devem receber orientações sobre seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. E, no caso de uma gestação indesejada, é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinar, devendo-se acompanhar a pessoa que gesta de forma acolhedora, singular e integral.

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais da APS para a assistência **qualificada e humanizada** às pessoas que gestam e que estão no puerpério, com a abordagem integral em saúde da pessoa que gesta, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o referenciamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade, vinculação à maternidade para o parto e urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento humano e cuidados com o recém-nascido (RN).

2 ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL

A avaliação pré-concepcional é a consulta realizada por pessoas que desejam engravidar, junto com sua parceria, antes do início da gestação. Seu objetivo é identificar possíveis fatores de risco ou doenças que possam interferir no desenvolvimento saudável da gravidez. Essa avaliação é uma estratégia importante para reduzir problemas de saúde durante a gestação e contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil. A consulta pode ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico da equipe de Saúde da Família (eSF).

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico - com exame ginecológico - além de exames laboratoriais. No exame geral da pessoa, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos), conforme protocolo vigente. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, hipertensão, cardiopatias, distúrbios da tireoide e processos infecciosos, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)¹.

Na consulta pré-concepcional, deve-se adotar ações voltadas para os hábitos e estilo de vida, tais como: orientação nutricional e adoção de práticas alimentares saudáveis; realização de atividades físicas; orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas; orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da substituição para drogas com menos efeitos sobre o feto; avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais; administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural; orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.

Quadro 1 – Administração preventiva de ácido fólico



- 400 mcg/dia de ácido fólico - 2ml de solução oral de ácido fólico 0,2mg/mL - para pessoas sem antecedentes de fetos com defeitos congênitos de tubo neural;
- 5 mg/dia - para pessoas com diagnóstico de doença falciforme ou em uso de anticonvulsivante ou com história de feto com anomalias congênitas de tubo neural;

É recomendado por 60 a 90 dias antes da concepção e durante o primeiro trimestre da gestação; pode ser prescrito por médico ou enfermeiro.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e os detalhes sobre cada gestação, conforme o [Quadro 2](#).

Um tema importante de ser abordado na avaliação pré-concepcional diz respeito à **automedicação**, especialmente devido à possibilidade de exposição a fármacos teratogênicos, muitos dos quais são amplamente utilizados na prática clínica e de venda livre. Diversos medicamentos de uso habitual, como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), anticonvulsivantes, retinóides e alguns antibióticos, têm reconhecido potencial teratogênico, podendo causar malformações congênitas, abortamento espontâneo e prejuízos no desenvolvimento neurológico do feto². Como a confirmação da gestação ocorre algum tempo após a concepção, a orientação deve ser sempre de não se automedicar.

Quadro 2 – Informações a serem coletadas sobre a história obstétrica de cada gestação

- Data do parto.
- Idade gestacional no parto.
- Local do parto.
- Intervalo entre gestações.
- Sexo da criança.
- Peso ao nascer e percentil para idade gestacional.
- Tipo de parto (vaginal, cesárea, vaginal assistido).
- Tipo de analgesia e anestesia.
- Duração do trabalho de parto.
- Resultado (nascido vivo, natimorto).
- Em caso de abortos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento).
- Complicações/Intercorrências (parto prematuro, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta, colestase, abortamento, perdas fetais, hemorragias e malformações congênitas).
- Isoimunização RH.
- Histórico de aleitamento humano.

Fonte: Adaptado de UpToDate³.

Quadro 3 – Informações a serem coletadas sobre a história ginecológica

- Idade da menarca. Ciclo menstrual (duração, intervalo e regularidade).
- Data da última menstruação e data da menstruação anterior.
- Início da atividade sexual (idade da primeira relação).
- Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores.
- Tipo de contracepção utilizada.
- Histórico de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro).
- Mamas (patologias e tratamentos realizados).
- Cirurgia ou distúrbios ginecológicos (cirurgia cervical, uterina ou ovariana; endometriose, miomas, anomalias uterinas).

Fonte: Adaptado de UpToDate³.

A medida que a idade da pessoa que pretende gestar avança, maiores os riscos de infertilidade, aneuploidia fetal, aborto espontâneo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e natimorto. As consequências de adiar a concepção devem ser informadas e consideradas nos planos de saúde reprodutiva individual. A respeito da idade paterna, é importante aconselhar sobre a redução da fertilidade com o avanço da idade. Estudos sugerem que o avanço da idade paterna pode ter um pequeno impacto nos resultados da gravidez, associados a maior duração da exposição a doenças, estresse (fisiológico e psicológico), escolhas negativas de estilo de vida (tabagismo) e alterações genéticas⁴.

Em relação à prevenção e às ações que devem ser tomadas quanto às infecções e a doenças crônicas, são consideradas eficazes as investigações para:

- **HIV/AIDS**

Deve-se oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós teste. Em caso de teste negativo, deve-se orientar a paciente para os cuidados preventivos. Já em casos positivos, deve-se prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado (Serviço de Assistência Especializada – SAE). Realizar a notificação do agravio à Vigilância Epidemiológica do município¹.

A orientação pré-concepcional para o casal portador do HIV pressupõe a redução da carga viral sanguínea de HIV circulante para níveis indetectáveis por mais de seis meses e ausência de doenças sexualmente transmissíveis ou infecções no trato genital. Esses cuidados incluem uma abordagem ativa sobre o desejo de gestar nas consultas de rotina, o aconselhamento reprodutivo e o oferecimento de todas as estratégias que auxiliem a gravidez com menor risco de transmissão do HIV.

Nas ações de prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, deve-se incluir o uso de antirretrovirais na gestação, o uso de zidovudina injetável no parto e zidovudina xarope para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, assim como a disponibilização da fórmula láctea, a fim de permitir circunstâncias de risco reduzido para a pessoa que gestou e para a criança⁵.

- **Para as demais ISTs**

Nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção. É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/AIDS.

Em caso de exposição de risco no período de até noventa dias antes desse teste, deve-se lembrar da possibilidade de janela imunológica, sendo necessário repetir o teste em trinta dias, uma vez que depois desse intervalo é necessário para o teste conseguir detectar aproximadamente 95% dos casos de sorocversão¹.

- **Rubéola e Hepatite B**

Nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação, caso cartão vacinal esteja incompleto¹.

- **Toxoplasmose**

Orientar as pessoas com útero quanto às medidas de prevenção primária¹.

- **Sífilis**

Nos casos positivos, deve-se tratar as pessoas com útero e suas parcerias para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura, orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita e realizar a notificação do agravo à Vigilância Epidemiológica do município¹.

- **Diabetes mellitus**

O controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto nos casos de diabetes pré-gravídico como nos episódios de diabetes gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação propicia comprovadamente melhores resultados maternos e perinatais¹.

- **Hipertensão arterial crônica**

A adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer um bom prognóstico em gestação futura¹.

- **Epilepsia**

A orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico (por exemplo, a carbamazepina) tem mostrado melhores resultados perinatais. O uso de ácido fólico nesta população deve ser na dosagem de 5mg/dia, devido ao uso da terapia medicamentosa¹.

- **Parasitose intestinal**

Torna-se importante o rastreamento de sinais e sintomas sugestivos de parasitoses intestinais na consulta pré-concepcional. Preferencialmente deve-se tratar a parasitose intestinal antes da concepção, uma vez que nenhuma droga antiparasitária é considerada segura na gestação.

Pacientes com parasitos intestinais só devem ser tratados na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou nos casos de infecções maciças. Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação¹.

- **Anemia Falciforme**

Em caso de diagnóstico de doença falciforme, é importante informar sobre a interrupção do uso da hidroxiureia, contraindicada na gestação. Diagnóstico de anemia falciforme é critério para encaminhar ao pré-natal de alto risco pois há risco aumentado para desenvolver pré-eclâmpsia.

É recomendado o uso de aspirina de baixa dosagem (80 a 150 mg/dia) desde o início do segundo trimestre até 5 a 10 dias antes da data esperada no parto como prevenção de doença hipertensiva.

A suplementação de ferro deve ser evitada, a menos que a deficiência de ferro seja documentada por um baixo nível de ferritina sérica; a suplementação com ácido fólico deve ser continuada durante a gravidez, em doses maiores do que as habituais - recomenda-se a dose de 5 mg/dia⁶.

2.1 ACONSELHAMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE ARBOVIROSES

As medidas de prevenção a infecções causadas pelos Zika vírus, Chikungunya e Dengue são essenciais durante a gestação, devido ao risco de complicações fetais e devido ao pior prognóstico e evolução para formas mais graves em gestantes e pessoas no puerpério. A orientação sobre viagens em regiões endêmicas para demais arboviroses deve ser realizada, sendo que viagens para áreas de risco devem ser evitadas ou adiadas⁷. É importante que esse aconselhamento ocorra antes mesmo da gestação, para que a pessoa já se habitue aos cuidados necessários.

As medidas de prevenção primária para arboviroses durante o ciclo grayídico-puerperal baseiam-se em atitudes comportamentais individuais e comunitárias. Deve-se orientar medidas de controle e combate aos criadouros do mosquito, uso de repelentes, uso de roupas de manga longa e calça comprida, uso de mosquiteiros e telas nas janelas e portas.

Os repelentes aprovados e considerados seguros pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o uso durante a gravidez são os repelentes à base de N,N-Dietil-meta-toluamida (DEET), icaridin ou picaridin e IR 3535 ou EBAAP. Deve-se orientar que repelentes à base de citronela, andiroba, óleo de capim-limão, óleo de cedro, óleo de gerânio, óleo de hortelã-pimenta e óleo de cravo e repelentes caseiros não possuem comprovação de eficácia^{8,9}.

Quadro 4 – Orientações ao paciente sobre uso de repelentes

(continua)

- O repelente não deve ser aplicado embaixo das roupas. Aplique o produto somente nas áreas expostas.
- Não aplique mais que três vezes ao dia. Pode causar intoxicação.
- Se for usar hidratante ou filtro solar, espere secar e aplique o repelente 15 minutos após o uso destes produtos.
- O repelente sempre é o último a ser aplicado.
- Não aplique próximo dos olhos, nariz, boca. Lave as mãos após o uso.
- Não aplique nas mãos das crianças. Elas podem levar o produto à boca.
- Não durma com repelente. Tome um banho para remover o produto antes de dormir.



Quadro 4 – Orientações ao paciente sobre uso de repelentes

(conclusão)

Demais orientações
<ul style="list-style-type: none"> • Repelentes elétricos (aqueles que você liga na tomada, que liberam inseticidas) são úteis para reduzir a entrada dos mosquitos. Coloque-os próximo de portas e janelas. Para uso pelas pessoas que gestam, precisa estar aprovado pela Anvisa. • Leia todo o rótulo antes de aplicar o produto e conserve-o para consulta. Se suspeitar de qualquer reação adversa ou intoxicação, lave a área exposta e entre em contato com o serviço de intoxicação e procure serviço médico e leve consigo a embalagem do repelente. • Não use hidratantes e cosméticos com perfumes. Eles atraem o mosquito. Prefira roupas claras, manga longa e calça comprida. Evite roupas escuras (que atraem o mosquito) e muito coladas ao corpo, pois elas permitem a picada. • Resfrie o ambiente: ar condicionado e ventilador espantam o mosquito. • A literatura científica não respalda a eficácia de aparelhos que emitem luzes nem aparelhos ultrassônicos. <p>LEMBRE-SE: O mosquito ataca mais nas primeiras horas da manhã e no final da tarde. Mantenha janelas e portas fechadas nesse período. Utilize mosquiteiros e telas nas janelas e portas. As telas impedem a entrada do Aedes em sua casa. Em berços e camas, pode-se instalar mosquiteiros. É permitida a aplicação de repelentes em spray sobre o mosquiteiro para aumentar sua eficácia.</p>

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2024¹⁰.

Quadro 5 – Orientações para combate à proliferação do mosquito

	<p>O mosquito Aedes aegypti prolifera em água parada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evite o acúmulo de água em vasos, caixas d'água abertas, pneus, baldes e tanques. • Coloque tampa em recipientes, areia nos vasos e pneus. • Tampe sua caixa d'água.
---	--

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2024¹⁰.

2.2 ACONSELHAMENTO SOBRE USO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO

A consulta pré-concepcional é um momento oportuno para abordagem do uso de álcool na gestação. Não existe dose de álcool considerada segura durante a gestação. Mesmo pequenas quantidades de álcool (uma dose por semana) correlacionam-se a desfechos ruins para a criança. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a prevalência global de consumo de álcool durante a gravidez entre a população em geral é de 9,8%, sendo que nas Américas, esse número é de 11,2%¹¹.

O álcool é uma substância que atravessa a placenta e que está presente no leite humano em caso de ingestão durante a lactação, sendo que o dano gerado pelo consumo de álcool varia segundo a quantidade de álcool consumida, a frequência de consumo e o momento da idade gestacional em que o álcool foi consumido. A Síndrome Alcoólica Fetal também tem como espectro os quadros parciais, como os defeitos de nascimento (defeitos físicos) ligados ao álcool (ARBDs) e os distúrbios de neurodesenvolvimento ligados ao álcool (ARNDs)¹².

A exposição do feto a esta substância está relacionada a baixo peso para a idade gestacional, malformações na estrutura facial (fendas palpebrais menores, ponte nasal baixa e filtro ausente), defeitos no septo ventricular cardíaco, malformações das mãos e pés (especialmente sindactilia), além de retardo mental que varia de leve a moderado. Pode haver dificuldades no comportamento e no aprendizado, que persistem pelo menos durante a infância.

A Organização Pan-Americana da Saúde oferece um curso on-line e gratuito voltado a profissionais de saúde sobre as consequências do consumo de álcool durante a gestação. O curso pode ser acessado pelo link: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-6-2019-curso-virtual-da-opas-aborda-consumo-alcool-durante-gravidez>.

2.3 ACONSELHAMENTO SOBRE USO DO TABACO NA GESTAÇÃO

O fumo na gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais. Também está associado aumento da mortalidade fetal e infantil, ruptura prematura de membranas, placenta prévia, descolamento

prematuro de placenta e prenhez tubária. A exposição pré e perinatal à nicotina tem sido relacionada a alterações da cognição, e do desenvolvimento psicomotor e sexual no jovem¹³.

Portanto, a abordagem do tabagismo na consulta pré-concepcional é fundamental, uma vez que pode se tornar oportunidade ímpar para início da abordagem individual ou em grupo, conforme protocolo municipal de abordagem do tabagismo. Deve-se orientar sobre os malefícios do tabagismo durante a gestação e oferecer auxílio no processo de interrupção do uso do cigarro. Deve-se ressaltar que os melhores resultados para o desenvolvimento fetal ocorrem se a cessação do tabagismo se fizer ainda no início da gestação, porém a interrupção em qualquer momento da gravidez (ou mesmo no pós-natal) tem impacto positivo na saúde da família.

2.4 ACONSELHAMENTO SOBRE USO DE DROGAS ILÍCITAS NA GESTAÇÃO

Um estudo transversal conduzido com pessoas gestantes atendidas na atenção primária em um município do Paraná calculou a prevalência do uso de drogas ilícitas de 1,53%, sendo que 0,51% das gestantes faziam uso concomitante de álcool, cocaína e maconha, sendo 0,51% só maconha e 0,51% só crack¹⁴.

Quadro 6 – Implicações do uso de maconha e cocaína na gravidez

O uso de cocaína na gravidez está associado a convulsões, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, pré-eclâmpsia grave, aborto espontâneo, parto prematuro e complicações no parto. A utilização de *cannabis* pelas pessoas que gestam e que amamentam leva a uma redução significativa, tanto no início como na duração da amamentação e diminuição do peso ao nascer. Em relação aos efeitos tardios para as crianças, foram relatados transtornos cognitivos e emocionais.

Fonte: Zanatta, 2018¹⁴.

Portanto, perguntar sobre o uso dessas substâncias deve fazer parte da avaliação da pessoa que deseja engravidar, sendo a consulta pré-concepcional um momento importante para abordagem e intervenção. Caso seja identificada uma pessoa gestante com problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas, é essencial que o profissional demonstre empatia, interesse e compromisso

em ajudar. O objetivo é garantir a assistência pré-natal e reduzir o risco de intercorrências obstétricas e fetais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, uma pessoa está mais vulnerável a usar drogas quando não tem informações adequadas sobre as drogas; está insatisfeita com sua qualidade de vida; é pouco integrada na família e na sociedade; e tem fácil acesso às drogas. Portanto, pode ser necessário acionar outros pontos da rede como equipe E-multi, Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e Centro de Referência da Assistência Social/CRAS, para intervir em determinantes sociais importantes associados ao uso dessas drogas¹⁵.

O acesso à informação e ao cuidado em saúde é um fator essencial para aumentar a adesão ao pré-natal e prevenir complicações durante a gestação. Nesse sentido, o Ministério da Cidadania disponibiliza um material educativo, “[Conhecendo os efeitos do uso de drogas na gestação e as consequências para os bebês](#)”¹⁶, voltado a pacientes e profissionais de saúde sobre o consumo de drogas durante a gestação.

3 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) de Nova Lima é composto por uma gama de serviços de Atenção Básica e Especializada, estruturando sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é integrada pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão e pelo prontuário eletrônico municipal.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A RAS do município tem como porta de entrada e eixo central do cuidado os serviços de Atenção Básica, representados por 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Unidade de Apoio à Saúde da Família, 30 equipes de Saúde da Família (eSF), 02 equipes de Atenção Primária (eAP), 49 equipes de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada, 10 equipes multiprofissionais na APS modalidade estratégica eMulti) e uma equipe de Saúde Prisional. A cobertura da Atenção Básica no município é de 93,11%, enquanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcança 87,74% da população.

3.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O município conta com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) 24h e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo 2, além de oferecer atendimento psiquiátrico ambulatorial que foi recentemente descentralizado e agora funciona diretamente nas UBS. Para atendimento especializado em saúde mental de crianças e adolescentes, o município dispõe do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), que atua a nível ambulatorial.

3.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA

No nível secundário, a Atenção Especializada Ambulatorial conta com a Policlínica Municipal, que oferece consultas eletivas em diversas especialidades médicas, além de serviços auxiliares

de diagnóstico e terapia. Complementando essa estrutura, há a Unidade Avançada de Saúde Especializada (UASE), que abriga o Centro Oftalmológico, o Ambulatório de Feridas Complexas e o Ambulatório Municipal de Doenças Crônicas – referência para o atendimento de pacientes com diabetes, obesidade, doença renal crônica e hipertensão arterial, classificados como alto risco. O município também dispõe do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambos com equipe multiprofissional dedicada ao atendimento de pacientes com HIV e hepatites virais.

A reabilitação é contemplada pelo Centro Especializado em Reabilitação (CER III), referência regional para reabilitação física, auditiva e intelectual, e pelo Ambulatório Municipal de Reabilitação, que oferece atendimento fisioterapêutico e fonoaudiológico. No âmbito da Atenção Domiciliar, o município conta com o Programa Melhor em Casa, que opera com duas equipes: uma atuante nas regiões centro e nordeste e outra na regional noroeste.

A Saúde Bucal, além das equipes de Atenção Básica, conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO II), que atende casos de média e alta complexidade, e com o serviço de urgência odontológica na Unidade de Pronto Atendimento. O atendimento odontológico hospitalar é realizado em unidade de referência, onde são assistidos pacientes com necessidades especiais e dificuldades de adesão ao tratamento convencional, sob anestesia geral ou sedação.

No que se refere às práticas integrativas, Nova Lima conta com o Centro Municipal de Atenção Integral à Saúde (CEMAIS), que oferece Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), complementando as ações também realizadas nas Unidades Básicas de Saúde.

Em 2024, foi inaugurado no município um Posto Avançado de Coleta Externa da Rede Hemominas.

3.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para as situações de urgência e emergência, Nova Lima dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na região central, que oferece atendimento geral e inclui um serviço de urgência odontológica, disponível para atender emergências dentárias a qualquer hora do dia.

No entanto, essa UPA não oferece atendimento pediátrico. Para a população infantil,

disponibilizamos um Pronto Atendimento (PA) na região noroeste da cidade, especializado em cuidados pediátricos de urgência. Além disso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) está equipado com 02 Unidades de Suporte Básico (USB) e 01 Unidade de Suporte Avançado (USA), garantindo resposta rápida e eficaz em situações de emergência em todo o município.

3.5 APOIO DIAGNÓSTICO E FARMACÊUTICO

A infraestrutura de apoio inclui um Laboratório Municipal e 10 farmácias localizadas em diferentes unidades de saúde, além de uma Farmácia Central, garantindo o acesso da população a medicamentos essenciais.

3.6 HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES – HOSPITAL FILANTRÓPICO

O município também é atendido por um hospital filantrópico de média complexidade, que mantém um contrato formal com a Secretaria Municipal de Saúde, complementando a rede de cuidados oferecidos à população. Este hospital dispõe ainda de pronto atendimento adulto e pediátrico, oferecendo suporte essencial para a assistência em casos de urgência e emergência e possui uma Maternidade que é referência para as pessoas gestantes de risco habitual e intermediário em nosso município.

3.7 SERVIÇO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

O Serviço de Controle, Regulação e Avaliação de Nova Lima é responsável por regular a demanda de consultas com especialistas e exames diagnósticos em todo o município. Este serviço organiza e direciona os atendimentos, tanto na rede própria do município quanto por meio de parceiros privados credenciados, assegurando que os pacientes tenham acesso adequado e eficiente aos cuidados especializados necessários. A priorização dos atendimentos

é feita de acordo com a complexidade dos encaminhamentos, garantindo que casos mais urgentes e graves sejam atendidos primeiro.

3.8 FLUXO DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

O estabelecimento de um fluxo de atendimento estruturado para o pré-natal é fundamental para garantir a integralidade, a equidade e a continuidade do cuidado à pessoa que gesta. Um fluxo bem definido orienta a organização dos serviços, otimiza o trabalho das equipes multiprofissionais e assegura o acompanhamento adequado desde a captação precoce até o puerpério.

A padronização das etapas assistenciais permite a identificação oportuna de fatores de risco, o encaminhamento adequado entre os níveis de atenção e o fortalecimento da coordenação do cuidado. Além disso, contribui para a qualificação dos registros, o monitoramento dos indicadores e a efetividade das ações voltadas à saúde materna e neonatal.

3.8.1 Reorganização do Fluxo de atendimento ao Pré-Natal

A reorganização do fluxo de assistência ao pré-natal é essencial para garantir a qualidade do atendimento e o seguimento adequado das pessoas que gestam com risco intermediário, que, embora não apresentem complicações graves, necessitam de um acompanhamento mais criterioso para a prevenção de agravos materno-fetais.

A estruturação de um fluxo diferenciado permite a identificação precoce de fatores de risco, a realização de exames complementares e a definição de condutas individualizadas, evitando a sobrecarga dos serviços de alto risco e garantindo que essas pessoas gestantes recebam um cuidado integral, oportuno e resolutivo na atenção primária, com suporte especializado quando necessário. Dessa forma, a reorganização contribui para a redução de desfechos adversos na gestação e para a qualificação da rede de atenção materno-infantil, promovendo um atendimento mais eficiente, seguro e humanizado.

Figura 1 – Reorganização do fluxo de atendimento ao pré-natal



Fonte: Elaborado pelos autores.

3.8.2 Captação precoce da pessoa que está gestante

As equipes de saúde devem se organizar para propiciar a detecção precoce da gestação. A captação precoce da pessoa que está gestante (até doze semanas de gestação) tem como objetivo a realização de intervenções preventivas, educativas e terapêuticas em tempo oportuno. Toda pessoa com útero em idade fértil e com história de atraso menstrual de sete dias ou mais deve ser orientada a realizar o teste rápido de gravidez (teste imunológico de gravidez na urina – TIG). O acolhimento deve ser realizado pelo profissional de saúde apto no sentido de garantir informação qualificada e fortalecer o vínculo com a pessoa. O profissional poderá oferecer ajuda para realização do TIG, caso a pessoa deseje¹.

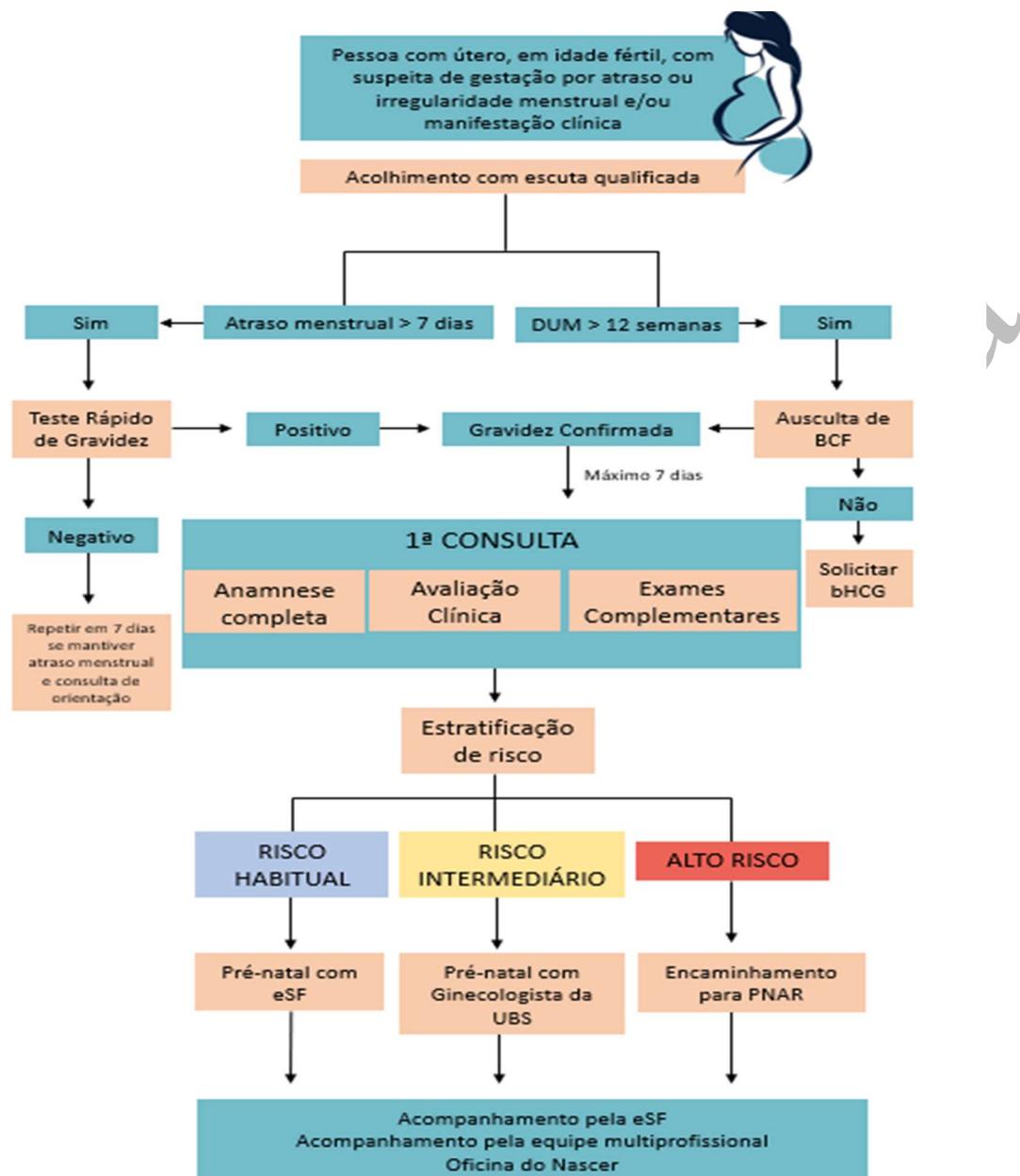
O TIG é considerado um método sensível e confiável, com baixas taxas de resultados falsos positivos. Entretanto, apresenta elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar

o início do pré-natal. Caso o TIG seja negativo, o profissional deverá repetir o teste rápido em quinze dias ou solicitar a dosagem de gonadotrofina coriônica (β HCG), que pode ser detectada em sangue periférico entre oito e onze dias após a concepção¹.

Nos casos em que a gravidez não for confirmada, deve ser realizado o agendamento de consulta para abordagem de Saúde Sexual e Reprodutiva (Planejamento Familiar) com enfermeiro da eSF e Assistente Social.

Após a confirmação da gravidez pelo TIG, deve ser realizada a primeira consulta de pré-natal pelo enfermeiro (na sua ausência pelo médico da Estratégia Saúde da Família - ESF), com no máximo sete dias entre a confirmação da gravidez e a realização da primeira consulta. A organização das agendas dos profissionais deve ser flexível para a realização do pré-natal, de modo a facilitar o acesso da pessoa que está gestante e sua parceria sexual ao serviço. O Ministério da Saúde recomenda a agenda aberta para a pessoa gestante, evitando reservas de dia/periódico que não permitam que ela escolha o melhor dia/periódico, evitando absenteísmo¹⁷.

Figura 2 – Porta de entrada da pessoa que gesta no pré-natal e avaliação de risco para classificação de risco



Fonte: Elaborado pelos autores.

O modelo de acompanhamento de pré-natal de risco habitual deve intercalar consultas médicas (Médico da eSF) e de enfermagem, sempre observando a classificação de risco da pessoa gestante. A pessoa deve sair de uma consulta com o retorno já agendado e a equipe deve acompanhar possíveis faltas, acionando-a por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo da ausência e realizar a remarcação da consulta.

Preconiza-se o mínimo de **sete consultas** de pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e quatro consultas no terceiro trimestre¹⁸. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Quadro 7 – Cronograma de consultas do pré-natal de risco habitual

- **Até 32^a semana:** mensalmente (consultas do médico da eSF intercaladas com consultas de enfermagem).
- **Da 33^a até a 36^a semana:** quinzenalmente (consultas médicas).
- **Da 37^a até a 41^a semana:** semanalmente (consultas médicas).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para as pessoas que gestam com risco intermediário, as consultas serão realizadas pelo Médico Ginecologista da UBS, que poderá contar com o matriciamento oferecido pelo Telessaúde. Da mesma forma, a pessoa que gesta deve sair de uma consulta com o retorno já agendado e a equipe deve acompanhar possíveis faltas, acionando a pessoa por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo da ausência e realizar a remarcação da consulta.

Quadro 8 – Frequência das consultas de risco intermediário

**DEFINIDA PELO MÉDICO GINECOLOGISTA A DEPENDER DA AVALIAÇÃO
CLÍNICA DA PESSOA QUE GESTA.**

Fonte: Elaborado pelos autores.

A equipe deve ter um registro coletivo das pessoas gestantes anotando os cuidados realizados no pré-natal e puerpério. Esse tipo de registro permite melhor coordenação do cuidado, avaliação periódica de ações que ainda não foram realizadas e da qualidade da atuação da equipe. É um instrumento de vigilância compartilhado entre os profissionais. As equipes podem fazer isso por meio de relatórios emitidos pelos sistemas de informação, planilhas, cadernos ou fichários rotativos. Sugere-se uso de planilhas, a fim de verificar a conformidade do pré-natal com as recomendações deste protocolo¹.

Todas as consultas de pré-natal devem ser registradas no Cartão da Gestante e no prontuário eletrônico do cidadão (PEC). Os profissionais devem estar atentos quanto ao registro correto e completo dos dados no PEC, a fim de não prejudicar a contabilização dos indicadores de pré-natal pelo Ministério da Saúde. Maiores informações sobre o registro dos dados de pré-natal podem ser vistas no Manual do PEC, no site da APS: <http://aps.saude.gov.br/ape/esus>¹⁹.

As UBS também devem realizar o “Pré-natal do Parceiro”, uma estratégia que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde²⁰.

Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41^a semana, é necessário encaminhar a pessoa que gesta para a Maternidade de Referência para avaliação do bem-estar fetal e assistência ao parto. Em Nova Lima, a maternidade de referência é a Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes (FHNSL). A pessoa gestante referenciada ao pré-natal de alto risco (PNAR) deverá ser monitorada pela eSF quanto à frequência nas consultas agendadas e as condutas adotadas nesses atendimentos. A pessoa está no PNAR, mas ainda é de responsabilidade da equipe de APS.

Após o parto deve-se realizar a primeira consulta de puerpério e as ações do 5º dia com o agendamento da segunda consulta no 42º dia após o parto; reforçando que, em caso de intercorrências ou de a pessoa que está no puerpério apresentar outras alterações, deverá ser garantido atendimento na unidade antes do retorno programado. É importante que os profissionais estejam atentos que, para finalizar a gestação por nascimento ou interrupção, deve ser informado no PEC os códigos CIAP2 ou CID10 correspondentes, conforme seção [4.4](#)

Registro do Atendimento.

Os demais membros da equipe multiprofissional da APS também devem estar envolvidos na assistência ao pré-natal, seja através de ações coletivas ou individuais. As práticas educativas são espaços que possibilitam que a pessoa grávida tenha escuta de suas dúvidas e demandas, além de receber, por meio de profissionais qualificados, apoio emocional e informações de qualidade. Nas UBS deve acontecer o planejamento de oferta sistemática de ações educativas coletivas ou individuais direcionadas para todas as pessoas que estão gestantes, com

temas diversificados e ofertados de forma periódica, que se repetem de tempos em tempos. A modalidade de grupos operativos pode ser usada com as pessoas que gestam e suas parcerias de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências.

Em Nova Lima, as gestantes e suas parcerias devem também ser incentivadas a participar do projeto **Oficina do Nascer**. Esse projeto oferece encontros periódicos conduzidos por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar orientações e capacitações sobre a gestação, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido.

Dentre os diversos temas a serem abordados na assistência ao pré-natal estão: sintomas comuns e alterações fisiológicas da gestação; alimentação saudável e ganho de peso na gravidez; atividade física e cuidados com a postura durante a gestação; trabalho de parto (boas práticas no nascimento, técnicas de relaxamento e alívio da dor, momento de ir para a maternidade; plano de parto); sinais de alerta; aleitamento humano; cuidados com o recém-nascido (importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, vacina, cuidados com o umbigo, como dar o banho, prevenção de acidentes, reconhecimento de sinais de alerta para a saúde do bebê); cuidados no pós-parto (físico e emocional); prevenção de arboviroses; direitos civis (acompanhante na maternidade, licença maternidade e paternidade, direito à redução de jornada para a amamentação, etc.). A equipe também deverá organizar a visita pela pessoa que gesta à Maternidade de referência, o que deve ser articulado pela equipe junto à assistente social da FHNSL.

A coordenação do cuidado pré-natal é realizada pelas equipes de APS. Um dos principais papéis do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é sua atuação na vigilância e auxílio na coordenação do cuidado à gestante. Mesmo antes da gravidez, o ACS deve estar atento e convidar pessoas com útero/mulheres em idade fértil a participar das atividades de saúde sexual e reprodutiva, promovendo planejamento reprodutivo e gestações saudáveis. O acompanhamento do ACS deve ser planejado de acordo com a vulnerabilidade clínica e social, seguindo o princípio da equidade. Sugere-se, portanto, que suas visitas domiciliares sejam realizadas minimamente com a seguinte frequência:

Quadro 8 – Referência de frequência para visitas domiciliares pelo ACS

Classificação	Periodicidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACS
Baixo risco	Uma visita mensal até 36º semana
Risco Intermediário	Uma visita quinzenal até a 36º semana
Alto risco	Uma visita quinzenal até a 36º semana
Todas as gestantes > 36 semanas	Uma visita semanal até o parto
Puérperas	Uma visita em até 72 horas após a alta hospitalar e uma outra visita em até 15 dias após o parto.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nas reuniões de equipe é importante que os registros de gestantes sejam discutidos para avaliar a adesão ao pré-natal. Esse momento é oportuno para que a equipe identifique quem iniciou tardeamente o pré-natal, as pessoas gestantes faltosas nas consultas, aquelas que foram encaminhadas ao alto risco e as que estão próximas ao parto, ou ainda as que já tiveram o bebê. Também é importante planejar ações como a visita domiciliar da equipe, as atividades previstas para a primeira semana, o acompanhamento do puerpério e o início da puericultura.

É fundamental monitorar e avaliar, de forma contínua, os indicadores e as metas municipais, estaduais e nacionais relacionados à saúde da pessoa que gesta, conforme estabelecido no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão, além de manter atualizados os sistemas de informação em saúde. O acompanhamento destes indicadores é uma das estratégias para identificar fragilidades e planejar ações que qualifiquem o atendimento às pessoas que gestam e que estão no puerpério. Para enfrentar o desafio de garantir acesso às ações e serviços de saúde para as pessoas gestantes pertencentes a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, é igualmente necessário fortalecer a articulação de ações intersetoriais.

3.8.3 Oficina do Nascer

Constitui uma estratégia de educação em saúde voltada às pessoas que gestam e suas parcerias, desenvolvida por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e outros colaboradores que tenham formação ou atuação na temática. Seu objetivo é promover o protagonismo da pessoa que gesta no processo gravídico e no parto, fortalecer os vínculos familiares e incentivar práticas de cuidado fundamentadas em evidências científicas. A metodologia adota o acolhimento e o diálogo horizontal.

A organização e o monitoramento dos encontros ficam a cargo de uma equipe multiprofissional formada por gestores, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Esse grupo é responsável pela definição dos temas, pela escolha das metodologias ativas e pela seleção dos materiais de apoio. Posteriormente, são identificadas pessoas gestantes no segundo e terceiro trimestres de gestação, acompanhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O convite às pessoas que gestam e suas parcerias é realizado presencialmente pelas eSF e, nos quinze dias que antecedem cada encontro, também por meio das mídias sociais da Prefeitura Municipal de Nova Lima. As inscrições são feitas via formulário eletrônico e, na véspera, cada pessoa que se inscreveu recebe um contato de nossa equipe para confirmação da presença.

As Oficinas acontecem de forma itinerante nas regionais do município, sempre aos sábados, das 8h às 12h30. A depender da viabilidade, acontecem dois ciclos de Oficinas nas regionais por ano. São organizados em módulos que contemplam temas como: transformações fisiológicas e emocionais da gestação; importância do pré-natal; sinais de trabalho de parto e plano de parto; tipos de parto e direitos da pessoa que gesta; aleitamento humano (técnicas, mitos e dificuldades); cuidados com o recém-nascido (higiene, sono seguro, puericultura e vacinação); puerpério e rede de apoio. As atividades incluem exposições dialogadas, dinâmicas de grupo, exibição de vídeos educativos e demonstrações práticas com bonecos, simuladores e materiais ilustrativos.

Um dos momentos centrais é a vivência simulada do parto, realizada com recursos lúdicos, como a “bacia pélvica” e o “boneco bebê”, que representam as etapas da dilatação, das contrações e do nascimento. Essa experiência torna o processo mais concreto, reduz o medo e

promove o empoderamento da pessoa que gesta. Para as famílias que comparecem com crianças, há um espaço lúdico com brinquedos e monitores, destinado ao cuidado infantil durante as atividades.

Ao final de cada Oficina, as pessoas participantes registram suas percepções e sugestões por meio de uma pesquisa de satisfação. Na semana seguinte, recebem, via WhatsApp, um e-book com os conteúdos trabalhados. O acompanhamento continua durante o pré-natal e o pós-parto pelas respectivas equipes de Saúde da Família.

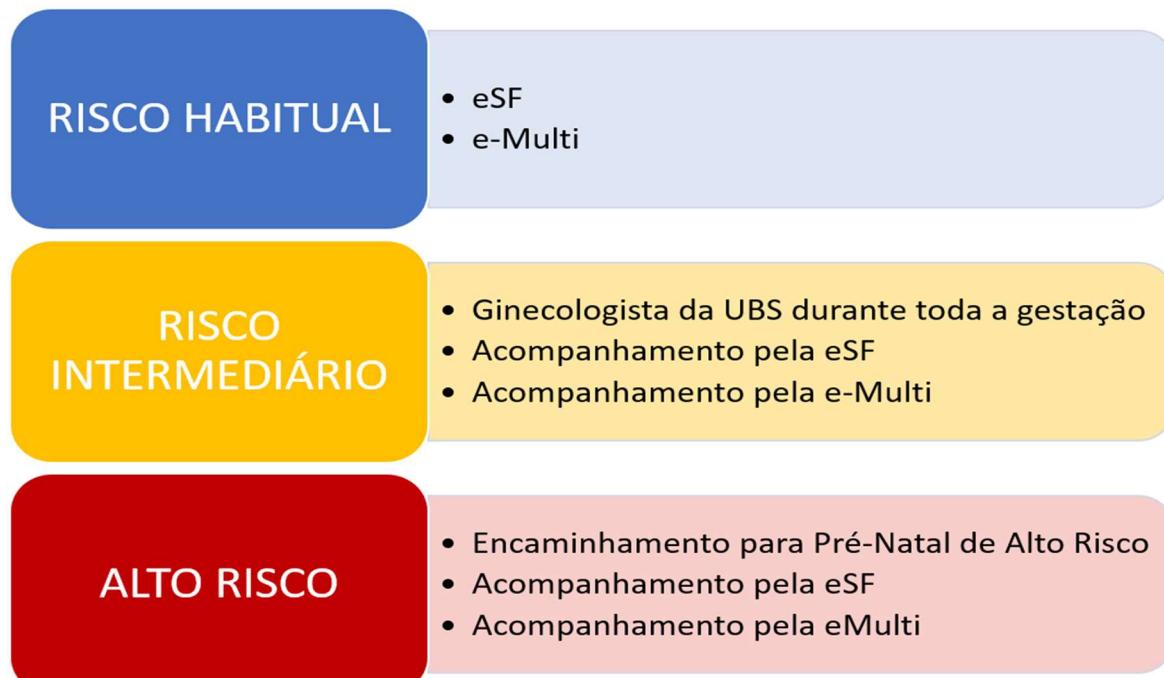
3.9 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA QUE GESTA

O cuidado à pessoa gestante, com qualidade, desempenha papel fundamental no que tange à prevenção e/ou detecção precoce de patologias no âmbito materno e fetal, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos para a pessoa gestante.

Neste contexto, a classificação de risco da pessoa que gesta compreende três níveis: risco habitual, risco intermediário e alto risco. Essa classificação viabiliza a assistência adequada e oportunamente, possibilitando o estabelecimento da sua vinculação, seja no pré-natal, na atenção ambulatorial especializada (AAE) e/ou ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. Ela deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal¹.

Na identificação de um fator de risco, a pessoa gestante deve ser classificada e encaminhada, conforme os critérios estabelecidos, para os locais de referência. Mesmo quando for referenciada para avaliação ou seguimento em um outro serviço de maior complexidade, a APS deverá continuar o acompanhamento.

Figura 3 – Classificação de risco da pessoa que gesta



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 9 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Risco Habitual

Risco Habitual (Baixo Risco)	Características individuais/ sociodemográficas	Idade entre 16 e 34 anos. Aceitação da gestação.
	Condições clínicas prévias à gestação	Ausência de intercorrências clínicas.
	Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	Tabagismo (Fagerström < 8). Ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez anterior ou na atual.

Fonte: Adaptado de *Manual de gestação de alto risco*, 2022²¹.

Quadro 10 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Risco Intermediário

(continua)

Risco	Características	
Intermediário	individuais/	Idade < 15 ou > 35 anos.
(Médio Risco)	sociodemográficas	Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos.
		Indícios/ocorrência de violência doméstica ou de gênero.
		Capacidade de autocuidado insuficiente.
		Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo).
		Altura menor que 1,45m.
		IMC < 18,5 ou entre 30 a 39 Kg/m ² .
		Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.
		Transtorno depressivo.
História		Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos).
Reprodutiva		
Anterior		Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade.
		Multiparidade (5 ou mais partos).
		Diabetes na gestação anterior.
		Cesáreas prévias (2 ou mais).
		Intervalo interpartal < 2 anos.
		Prematuridade anterior.
Condições clínicas		Asma controlada sem uso de medicamento contínuo (sem histórico de internação nos últimos 12 meses).
prévias à gestação		Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.
		Transtorno mental grave que de acompanhamento.
		Cirurgia bariátrica.
		Gestação de homens transexuais.

Quadro 11 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Risco Intermediário

(conclusão)

Risco	Intercorrências	Gestação resultante de estupro.
Intermediário	clínicas/obstétricas	Gestação gemelar dicoriônica – diamniótica.
(Médio Risco)	na gestação atual	Diabetes gestacional com bom controle glicêmico com dieta.
		Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal.
		Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite.
		Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo).
		Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); herpes simples; dengue, Chikungunya ou Zika confirmada.
		Restrição de crescimento fetal suspeita.
		Feto acima do percentil 90%.
		Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9g/dl e 11 g/dl).

Fonte: Adaptado de *Manual de gestação de alto risco, 2022*²¹.

Quadro 11 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Alto Risco

(continua)

Alto Risco	Características individuais/ sociodemográficas	Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual 40Kg/m ² . Desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros). Etilismo crônico. Tabagismo com dependência. Uso de substâncias ilícitas.
História Reprodutiva		Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).
Anterior		Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada. Isoimunização Rh em gestação anterior. Acretismo placentário. Pré-eclâmpsia grave, síndrome de HELLP. Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal.
Condições clínicas prévias à gestação		Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos). Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística). Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo). Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias. Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos). Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística). Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos). Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística).

Quadro 12 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Alto Risco

(continuação)

Alto Risco	Condições clínicas prévias à gestação	Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística).
		Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo).
		Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
		Histórico de tromboembolismo.
		Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves).
		Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípide, artrite reumatoide, outras colagenoses).
		Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicornio, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos.
		Neoplasias – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento.
		Transplantes.
		Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (ou canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal).
		Diagnóstico de HIV/AIDS prévio.
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	Mola hidatiforme.
		Diabetes gestacional sem controle com dieta.
		Gestação por reprodução assistida.
		Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
		Infecção urinária de repetição: maior ou igual 3 episódios de infecção de trato urinário (ITU) baixa ou maior ou igual 2 episódios de pielonefrite.

Quadro 12 – Critérios para Classificação de Gestantes como de Alto Risco

(conclusão)

Alto Risco Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; Toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal, rubéola na gestação, citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/AIDS na gestação. Restrição de crescimento fetal confirmada. Desvios da quantidade de líquido amniótico. Isoimunização Rh. Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual. Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual. Anemia grave (hemoglobina menor que 8g/dl) ou anemia refratária a tratamento. Hemorragias na gestação atual. Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas). Acretismo placentário. Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente). Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
--	---

 Fonte: Adaptado de *Manual de gestação de alto risco, 2022*²¹.

Quadro 12 – Situações clínicas que demandam avaliação hospitalar

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento.
- Anemia grave: Hemoglobina menor que 7g/dl.
- Condições clínicas de emergência: Cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão.
- Crise hipertensiva (PA maior que 160/110 mmHg).
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria).
- Eclâmpsia/convulsões.
- Hipertermia na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção de vias aéreas superiores.
- Suspeita de trombose venosa profunda.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Prurido gestacional/icterícia.
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta prévia e abortamento).
- Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

Fonte: Manual de Gestação de Alto Risco, 2022²¹.

4 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL – RISCO HABITUAL E RISCO INTERMEDIÁRIO

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo garantir uma gestação saudável, promovendo a detecção precoce de fatores de risco, o manejo adequado de intercorrências e o preparo da pessoa que gesta para o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido. As consultas devem ocorrer de forma sistemática e contínua, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, conforme protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde.

O pré-natal de risco habitual e o de risco intermediário compartilham diversas ações, diferenciando-se pela complexidade do acompanhamento e pela necessidade de articulação com outros níveis de atenção. Em ambos os casos, é fundamental que o cuidado seja multiprofissional e centrado na pessoa que gesta, assegurando escuta qualificada, vínculo e acolhimento.

A seguir, são descritas as **principais ações a serem realizadas nas consultas de pré-natal**, bem como os procedimentos específicos de cada profissional envolvido no cuidado.

4.1 AÇÕES POR CONSULTA

As ações a seguir devem ser realizadas em todas as consultas de pré-natal, conforme a etapa gestacional e o protocolo vigente:

- Anamnese detalhada (histórico gestacional, doenças preexistentes).
- Exames físicos e ginecológicos.
- Medidas antropométricas (peso, altura, IMC).
- Pressão arterial e avaliação de risco para pré-eclâmpsia.
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (a partir da 12^a semana).
- Medição da altura uterina e dinâmica fetal.
- Classificação de risco.
- Registro detalhado do atendimento.

4.1.1 Anamnese

Na primeira consulta de pré-natal, deve-se avaliar a situação atual da gestação e investigar sintomas como náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, disúria, sangramentos, perda de líquido e movimentos fetais. Devem ser coletadas informações sobre aspectos sociais (estado civil, escolaridade, profissão), antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos e familiares, além da aceitação da gravidez, oferecendo apoio, se necessário¹.

Nas consultas seguintes, deve-se continuar a avaliação da gestação e dos sintomas. É importante registrar a Data da Última Menstruação (DUM) e verificar sua confiabilidade para estimar corretamente a Idade Gestacional (IG) e a Data Provável do Parto (DPP).

Para calcular a Idade Gestacional (IG), o profissional deve somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas).

A OMS recomenda o uso da DUM para esse cálculo, mas, quando desconhecida ou incerta, deve-se utilizar o ultrassom (USG) do primeiro trimestre. Calcula-se a Data Provável do Parto (DPP) levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM). A DPP pode ser calculada por meio da regra de Nägele, que consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se a última menstruação corresponder aos meses de janeiro a março). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês¹. Existem aplicativos gratuitos, como a Calculadora Gestacional – Telessaúde RS, disponível para [Android](#) e [iOS](#), que auxiliam nesses cálculos.

Na história gineco-obstétrica é importante avaliar a regularidade dos ciclos menstruais, registrar o número de gestações, partos e abortamentos, detalhar cada gestação (tipo de parto, idade gestacional de nascimento, peso do recém-nascido, amamentação, intercorrências durante a gestação) e o intervalo entre as gestações. O **planejamento familiar** deve ser abordado durante o pré-natal. Durante as consultas, a gestante deve ser esclarecida quanto às diversas possibilidades de métodos contraceptivos no puerpério. Também deve ser informada quanto a possibilidade de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) na maternidade, logo após o

parto. Caso a gestante opte por esse método, tal escolha deve ser registrada no cartão de pré-natal (tem uma parte destinada a isso na caderneta). Além disso, é importante informar sobre a possibilidade de realizar a laqueadura e, caso seja o método escolhido pela gestante, dar abertura ao processo¹.

Na história pregressa pessoal deve-se investigar sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças pulmonares ou da tireoide, eventos tromboembólicos, infecção urinária de repetição, cardiopatias, nefropatias ou epilepsia. O profissional também deve pesquisar o uso de medicamentos, cirurgias e internações prévias, alergias, passado de hemotransfusão ou doenças sexualmente transmissíveis. Avaliar a situação vacinal¹.

Na história familiar, deve-se investigar doenças hereditárias (hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, doenças da tireoide), malformações congênitas, cromossomopatias, neoplasias, gemelaridade e pré-eclâmpsia.

Na história social, é necessário investigar uso de álcool, tabaco e outras drogas, exposição a agentes tóxicos no trabalho, e possíveis situações de violência doméstica ou vulnerabilidade social. Também se deve perguntar sobre hábitos de vida, como atividade física e alimentação.

A violência doméstica deve ser abordada na primeira consulta e pelo menos uma vez a cada trimestre e no pós-parto. Em caso de confirmação de violência, deve-se realizar a notificação, que é compulsória, apoiar a pessoa gestante e tentar fortalecê-la para que consiga se proteger. O profissional de saúde deverá informar sobre os canais que podem ser acionados no município.

Quadro 13 – Canais de Denúncia e Apoio em Situações de Violência Doméstica

DISQUE 190: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO À MULHER.

DISQUE 180: CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER²².

Fonte: Elaborado pelos autores.

A gestação e o puerpério são considerados períodos de elevado risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos, entre eles a depressão, que deve ser investigada durante o pré-natal e puerpério. Para esta avaliação, pode ser utilizada a “Escala de depressão perinatal de

Edinburgh”. Deve-se instituir o tratamento adequado nos casos em que for identificado quadro de depressão²³.

É importante investigar e registrar comorbidades da parceria sexual. Todas as informações devem ser anotadas no prontuário e no Cartão da Gestante. O profissional responsável pela primeira consulta deve garantir que a pessoa gestante esteja cadastrada corretamente no sistema de informação da Atenção Básica (PEC/e-SUS AB) com número do Cadastro de Pessoa Física (CPF).

4.1.2 Exame Físico

Desde a primeira consulta de pré-natal avalia-se peso, altura, mucosas, extremidades (pesquisar edema), frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial; realiza-se ausculta pulmonar e cardíaca, palpação da tireoide, das mamas, das axilas e do abdome.

O exame ginecológico/obstétrico deve ser realizado pelo menos uma vez de forma completa, a partir da primeira consulta de pré-natal, avaliando-se a genitália externa, vagina, colo uterino. Se necessário, realizar colpocitologia oncotíca cervical. Não há restrições para a coleta do exame citopatológico durante a gestação, inclusive com amostra endocervical. O rastreamento em pessoas gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária para as demais pessoas com útero, devendo sempre ser considerada uma oportunidade à procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal¹.

Não é recomendada a realização de toque vaginal de rotina durante o acompanhamento pré-natal. Ele será realizado apenas se houver relato de contrações uterinas, para avaliar ocorrência de dilatação do colo uterino. O toque vaginal pode ser realizado por médico ou enfermeiro, desde que habilitados para sua realização¹.

Após a 12^a semana, além de avaliar o já citado, deve-se medir a altura uterina e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Também é importante que as mamas sejam examinadas e que este seja um momento oportuno para que a pessoa que gesta já receba orientações sobre a lactação.

A técnica para medida da altura uterina (Figura 4) consiste em: posicionar a pessoa gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; corrigir a comum dextroversão uterina por meio da palpação uterina; fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio; deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão; proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino; anotar a medida (em centímetros) no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina¹.

Figura 4 – Medida da altura uterina



Fonte: BRASIL, 2006²⁴.

Observação: a Caderneta da Gestante possui um gráfico para acompanhamento da altura uterina que deve ser preenchido em todas as consultas que ocorreram após a 12^a semana.

Sobre a medida de altura uterina:

- **Ponto da curva dentro da normalidade** (entre as curvas inferiores e superiores): o profissional deve seguir o calendário de atendimento de rotina.
- **Ponto da curva estiver fora da normalidade** (acima da curva superior ou abaixo da curva inferior): a pessoa gestante deve ser avaliada pelo médico de família ou pelo ginecologista o quanto antes - de preferência no mesmo dia - para que sejam avaliados os possíveis

diagnósticos diferenciais e solicitados os exames necessários, especialmente o ultrassom obstétrico. Nos casos em que haja critério de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, o encaminhamento deverá ser realizado. No caso em que a consulta médica não possa ser realizada no dia da detecção da alteração da medida, o enfermeiro deverá solicitar o ultrassom obstétrico com prioridade alta, para auxiliar na tomada de decisão médica posterior.

Quadro 14 – Interpretação dos Desvios na Curva de Altura Uterina

Ponto da curva estiver acima da curva superior: possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional, polidrâmnio, macrossomia fetal, gestação gemelar, mola hidatiforme.

Ponto da curva estiver abaixo da curva inferior: possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional, oligohidrâmnio, feto morto, crescimento intrauterino restrito¹.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 15 – Evolução da Medida do Útero por Semana Gestacional

- **Até a 6^a semana:** não ocorre alteração do tamanho uterino.
- **Na 8^a semana:** o útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
- **Na 10^a semana:** o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual.
- **Na 12^a semana:** o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica.
- **Na 16^a semana:** o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
- **Na 20^a semana:** o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.
- **A partir da 20^a semana:** existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30^a semana de idade gestacional.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2012¹.

A ausculta fetal será possível após a 10^a-12^a semana, com o sonar doppler. A frequência cardíaca fetal normal é de 110 a 160 batimentos por minuto. Caso seja identificado bradicardia (< 110 bpm) ou taquicardia (> de 160 bpm) fetal persistente (durante 10 minutos), a pessoa que gesta deve ser referenciada à maternidade com emergência. O profissional também deverá estar atento ao registro dos movimentos fetais¹.

A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana de gestação, por meio da realização das manobras de Leopold¹.

4.1.3 Avaliação Nutricional

A avaliação do estado nutricional da pessoa que está gestante consiste na avaliação do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) em cada avaliação. O índice de massa corporal é calculado por meio da fórmula abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual (baixo peso, peso adequado, sobre peso e obesidade) e, a partir do diagnóstico nutricional realizado, são recomendadas as seguintes condutas:

- **Baixo peso (BP):** investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Convide a pessoa que gesta para os grupos de reeducação alimentar da UBS. Nesses casos, o acompanhamento nutricional individual da pessoa gestante será mais frequente¹.
- **Adequado (A):** Explique à pessoa gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional. Dê-lhe orientação nutricional (Quadro 8), visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis. Agende consulta rotineira com a(o) nutricionista¹.
- **Sobre peso e obesidade (S e O):** investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Dê orientação nutricional à pessoa que está gestante (Quadro 8), visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares

saudáveis. Convide para os grupos de reeducação alimentar da UBS. Nesses casos, o acompanhamento nutricional individual será mais frequente¹.

A pessoa que gesta deve ser pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente. O profissional de saúde deve preencher, no Cartão da Gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional de acordo com a idade gestacional e anotar a avaliação nutricional no prontuário, acompanhando o ganho de peso até o final da gestação.



Atenção! O peso e altura da pessoa gestante devem ser preenchidas em **TODAS** as consultas, no campo específico para isso do prontuário eletrônico, ainda que não tenha aferido a estatura naquele momento. Este é um importante indicador de qualidade da assistência monitorado pelo Ministério da Saúde e utilizado para o cálculo do financiamento da APS.

As orientações nutricionais devem ser pautadas nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual servirá como instrumento de apoio ao cuidado da pessoa que gesta. Além disso, o profissional deve se atentar à suplementação nutricional recomendada no período gestacional (Quadro 17).

Quadro 16 – Principais suplementações relacionadas ao período gestacional

(continua)

Ácido fólico	Administração preventiva de ácido fólico na dose de 0,4 mg, via oral, 1x/dia, 30 dias antes à tentativa de concepção e até a 12º semana da gestação. Pacientes com fatores de risco de desenvolver distúrbio de tubo neural (história de malformação em gestação anterior, história pessoal ou familiar de distúrbio de tubo neural, condições médicas associadas à diminuição de absorção de ácido fólico, como cirurgia bariátrica, uso de anticonvulsivantes, como ácido valpróico e carbamazepina) devem ser orientadas para a suplementação diária na dosagem de 4-5 mg de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes à tentativa de concepção e até a 12º semana da gestação.
---------------------	---

Quadro 16 – Principais suplementações relacionadas ao período gestacional

(continuação)

	Após a 12 ^o semana, deve-se avaliar dosagem pela condição de base, conforme Manual de Gestação de Alto Risco ²¹ .
Sulfato ferroso	Sulfato ferroso profilático (40 mg de ferro elementar/ dia) desde a descoberta da gestação até o terceiro mês pós-parto.
Carbonato de cálcio 1.250 mg (500 mg de cálcio)	Recomenda-se a suplementação de dois (2) comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg (500 mg de cálcio) ao dia, equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar, para todas as pessoas que gestam, com início na 12 ^a semana de gestação até o momento do parto. *

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Essa suplementação foi introduzida como prática no SUS pela NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS de 14 de fevereiro de 2025²⁵.

Quadro 17 – Uso Concomitante de Suplementos de Ferro e Cálcio

A administração **concomitante** dos suplementos de **cálcio e ferro** deve ser evitada. Recomenda-se que a ingestão do suplemento de cálcio ocorra com intervalo mínimo de **2 horas** do suplemento de ferro (sulfato ferroso) ou de polivitamínicos contendo ferro. Isso é importante, pois a biodisponibilidade do ferro e do cálcio é afetada quando ingeridos concomitantemente. Dessa forma, recomenda-se a suplementação de ferro em jejum e a suplementação de cálcio junto com algum alimento (ex: leite). Evitar a suplementação de cálcio junto com alimentos ricos em fitatos e oxalatos, como feijão, couve, espinafre, acelga etc²⁶.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A alimentação saudável na gestação favorece o bom desenvolvimento fetal e a saúde e o bem-estar da pessoa que está gestante, além de prevenir o surgimento de agravos, como diabetes gestacional, hipertensão e ganho de peso excessivo. Para uma orientação alimentar mais adequada, é essencial que o profissional de saúde esteja atento a aspectos relacionados à vulnerabilidade social e renda, à rede de apoio, à idade e condições de trabalho da pessoa atendida. Além disso, é importante atentar-se às alterações fisiológicas e aos sintomas que podem influenciar o consumo alimentar nessa etapa da vida, como náuseas, vômitos; azia; plenitude gástrica; constipação intestinal; fraqueza; desmaios; inchaço e alterações bucais.

Essas alterações podem ser manejadas com orientação alimentar adequada. O **Quadro 19** apresenta orientações baseadas no Guia Alimentar para a população brasileira importantes durante a gestação.

Quadro 18 – Orientações baseadas no Guia Alimentar para a população brasileira aplicadas às gestantes

(continua)

Orientação	Observação
Estimule o consumo diário de feijão ou outras leguminosas, bem como de legumes e verduras, preferencialmente no almoço e no jantar.	Exemplos de outras leguminosas do mesmo grupo do feijão: soja, grão de bico, lentilha e ervilha.
Oriente que evitem o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerantes, sucos de caixinha, sucos em pó e refrescos.	Explique que sucos de caixinha ou em pó não são alternativas saudáveis ao consumo de refrigerantes. Sucos naturais feitos a partir da fruta podem ser consumidos, mas não devem ser prioridade, pois não fornecem os mesmos benefícios e nutrientes que o consumo da água ou da fruta inteira. Alerte que o uso de adoçante não é recomendado, pois pode aumentar a probabilidade de nascimento prematuro e desenvolvimento de asma em crianças, além de contribuir para o desenvolvimento de intolerância à glicose e alteração da microbiota intestinal. As bebidas prontas “diet” e/ou “zero”, ao contrário do que o senso comum aponta, não são alternativas saudáveis. Além de não prevenirem o ganho de peso, essas bebidas têm potencial de trazer prejuízos metabólicos e cardiovasculares, além de estimularem a preferência pelo sabor doce.
Estimule o consumo diário de 3 a 5 porções de frutas, sendo preferencialmente inteiras, em vez de sucos.	Se a pessoa não comeu frutas por causa de náuseas e enjoos, oriente que frutas cítricas ou frutas geladas podem ser mais bem toleradas. Por exemplo: laranja, tangerina, abacaxi e até mesmo água com limão espremido.

Quadro 18 – Orientações baseadas no Guia Alimentar para a população brasileira aplicadas às gestantes

(continuação)

Orientação	Observação
<p>Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras, e colocá-los de molho por 15 minutos em solução clorada* (diluir uma colher de sopa de água sanitária para cada litro de água potável). Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente. Observar no rótulo do produto se a água sanitária pode ser usada em alimentos.</p>	
<p>Oriente que hambúrguer e/ou embutidos (linguiças, salsicha, presunto, mortadela, salames), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos/bolachas salgados ou recheados, doces ou guloseimas são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.</p>	
<p>Estimule o consumo de água potável nos intervalos entre as refeições.</p> <p>Em caso de náuseas, estimule o consumo da água temperada (ex: com limão ou laranja) e/ou gelada.</p>	<p>Água é fundamental na gestação para melhorar a circulação sanguínea e a irrigação do útero e da placenta, manter o líquido amniótico em níveis adequados e estabilizar a pressão arterial.</p>
<p>Oriente que se alimente com regularidade e atenção, sem se envolver em outras atividades, como assistir televisão, mexer no celular ou computador, comer na mesa de trabalho, em pé ou andando ou dentro de carros ou transportes públicos.</p>	
<p>O consumo de peixes - como sardinha, atum, salmão, arenque, cavala - na gestação é recomendado, pois são fontes de ácidos graxos Ômega-3.</p>	<p>O Ômega-3 proveniente de peixes de águas frias e profundas (sardinha, atum, salmão, arenque, cavala) é essencial para o desenvolvimento do cérebro fetal, a visão em bebês prematuros, bem como a saúde cardiovascular durante a vida.</p>

Quadro 18 – Orientações baseadas no Guia Alimentar para a população brasileira aplicadas às gestantes

(conclusão)

Orientação	Observação
<p>Em relação ao consumo de cafeína, uma ingestão segura não deve ultrapassar 100mg de cafeína/dia, o que equivale a uma xícara de café ou chá com cafeína (como chá mate, chimarrão, chás preto e verde etc.). Preferencialmente, a ingestão deve ser feita sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível.</p>	<p>Bebidas ultraprocessadas, como refrigerantes à base de cola, bebidas energéticas com cafeína, bebidas com chocolate e outros chás adoçados devem ser evitados.</p>
<p>Evitar carnes cruas ou malpassadas, porque podem transmitir doenças, como verminoses e toxoplasmose*. O leite cru e os ovos devem ser submetidos a altas temperaturas de cocção.</p>	
<p>Oriente que se faça um maior fracionamento das refeições ao longo do dia, com três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e de dois a três pequenos lanches, baseados em alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados.</p>	<p>Para gestantes que relatam desconfortos gastrointestinais, como plenitude gástrica, náuseas, vômitos e indigestão, explique que esses sintomas podem ser comuns nesse período, pois existe a redução do tamanho e da motilidade do trato gastrointestinal. Modificar a consistência dos alimentos, ingerindo alimentos mais macios e pastosos, não consumir líquidos durante as refeições, evitar o consumo de alimentos gordurosos, doces, picantes e com cheiros fortes, e não deitar após a refeição, também podem ajudar a aliviar esses sintomas.</p>

Fonte: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes/
 Ministério da Saúde, 2021²⁶.

Quadro 19 – Recomendações específicas para gestantes suscetíveis à toxoplasmose

ATENÇÃO
<p>As pessoas que gestam suscetíveis à contaminação por <i>Toxoplasma gondii</i> (IgM e IgG não reagentes), devem ser bem orientadas quanto às medidas higienodietéticas descritas a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Não comer carne crua ou malpassada.• Dar preferência para carnes congeladas.• Não comer ovos crus ou malcozidos.• Beber somente água filtrada ou fervida.• Usar luvas para manipular alimentos e carnes cruas.• Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e frutas.• Não comer verduras e legumes crus. No caso das frutas, realize a sanitização em solução clorada e retire a casca.• Evitar contato com gatos e com tudo que possa estar contaminado com suas fezes.• Alimentar gatos domésticos com rações comerciais e evitar que circulem na rua, onde podem se contaminar, principalmente pela ingestão de roedores.• Usar luvas e máscara se manusear terra (inclusive para varrer pátio com terra).

Fonte: Adaptado de Manual de gestação de alto risco, Ministério da Saúde, 2022²⁷.

O ganho de peso recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial, está descrito no [Quadro 20](#). O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da pessoa que gesta seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13^a semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13^a semana gestacional.

Quadro 20 – Ganho de peso recomendado (em Kg) durante a gestação segundo o estado nutricional

IMC prégestacional (kg/m ²)	Classificação do IMC pré- gestacional	Faixa de adequação no gráfico (percentis)	Ganho de peso cumulativo (kg) por trimestre		
			Até 13 semanas (1º trimestre)	Até 27 semanas (2º trimestre)	Até 40 semanas (3º trimestre)
<18,5	Baixo peso	P18-P34	0,2 - 1,2	5,6 - 7,2	9,7 - 12,2
≥18,5 e <25	Eutrofia	P10-P34	-1,8 - 0,7	3,1 - 6,3	8,0 - 12,0
≥25 e <30	Sobrepeso	P18-P27	-1,6 - -0,05	2,3 - 3,7	7,0 - 9,0
≥30	Obesidade	P27-P38	-1,6 - -0,05	1,1 - 2,7	5,0 - 7,2

Fonte: Ministério da Saúde, 2012¹.

Nota: Até 13 semanas de gestação, é esperado um pequeno ganho de peso para pessoas que gestam com baixo peso (até 1,2 kg) e eutrofia (0,7 kg). Nenhum ganho de peso é esperado para pessoas que gestam com sobrepeso ou obesidade. Para pessoas que gestam com eutrofia, sobrepeso e obesidade, pode ocorrer pequena perda de peso (máximo 1,5 kg).

No momento da avaliação nutricional, o profissional poderá, oportunamente, abordar a pessoa que gesta quanto à prática de atividades físicas. Os exercícios físicos podem contribuir para a redução dos desconfortos comuns durante a gestação, controlam o ganho de peso, diminuem o estresse, melhoram o sono e o desempenho das atividades do cotidiano.

Mesmo a pessoa que nunca praticou exercício e que tem uma vida sedentária pode se beneficiar com a orientação de exercícios e com o acompanhamento do profissional de educação física. Estas deverão ser encaminhadas para a avaliação do profissional de educação física da UBS. Ela será, então, submetida a uma avaliação física e caberá a esse profissional a escolha do programa mais adequado a cada fase da gestação, bem como a sua adaptação criteriosa às necessidades individuais da pessoa que gesta. Caso seja observada alguma contraindicação para a prática de exercícios físicos durante a avaliação, a pessoa será encaminhada para seu médico de referência.

Deve-se evitar as seguintes condições:

- Exercícios na posição de decúbito dorsal após o primeiro trimestre.

- Exercícios de impacto.
- Exercícios em locais muito úmidos e quentes.
- Manobra de valsalva durante os exercícios.
- Esportes que possam acarretar perda de equilíbrio e quedas.

Em geral, o exercício no período pós-parto pode começar entre 4 a 6 semanas após o parto.

4.2 ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL

A integração entre diversos profissionais da saúde na APS possibilita diferentes olhares sobre as práticas do cuidado à saúde materno-infantil, garantindo uma atenção integral e aumentando o potencial de resolutividade.

Os atendimentos pela equipe multiprofissional são **obrigatórios** para todas as pessoas que gestam. A seguir estão listadas as principais atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais da equipe multiprofissional que compõe a APS municipal¹.

4.2.1 Educação Física

A atuação da Educação Física no pré-natal tem como objetivo promover a saúde, o bem-estar e a segurança da pessoa gestante, contribuindo para a adaptação fisiológica à gestação, a manutenção do condicionamento físico e a prevenção de complicações. As atividades devem ser planejadas de forma individualizada e/ou coletiva, considerando as necessidades, limitações e condições clínicas de cada pessoa que gestante. O acompanhamento especializado permite orientar a prática de exercícios seguros, fortalecer a consciência corporal e apoiar o retorno ao peso adequado no pós-parto, sempre integrando-se com os demais profissionais da equipe de atenção à saúde materno-infantil.

4.2.1.1 Atendimento Individual

A seguir, apresentam-se as principais ações realizadas pela equipe de Educação Física no atendimento individual:

- Avaliação física de todas as pessoas que gestam que são acompanhadas pela equipe e escolha do programa mais adequado a cada fase da gestação, bem como a sua adaptação criteriosa às necessidades individuais.
 - Caso seja observada alguma contraindicação para a prática de exercícios físicos durante a avaliação, a pessoa gestante será encaminhada ao seu médico de referência.
- Elaboração de um cronograma da gestação e pós-gestação tendo em vista a melhora da consciência corporal e condicionamento físico.
- Orientações para a pessoa que gesta realizar atividade física em casa.
 - Deverá ser prescrito, por escrito, os exercícios a serem realizados, como por exemplo: quais alongamentos, exercícios posturais, entre outros.
- Orientações individualizadas sobre a volta ao peso adequado na pós-gestação e a melhoria da autoestima, promovendo promoção e prevenção à saúde da pessoa que pariu e do bebê.
- Encaminhamento para o grupo de atividade física.
- Realizar o planejamento do cuidado com os demais profissionais.

4.2.1.2 Atendimento Coletivo

No atendimento coletivo, é importante observar as seguintes recomendações:

- Organizar grupo específico para incentivar as pessoas que gestam e que pariram à prática regular de exercícios físicos. Em casos de baixa adesão, recomenda-se a inserção nos grupos já existentes na UBS, assegurando o acompanhamento multiprofissional.
- No período pós-gestacional, orientar os responsáveis pelos cuidados do bebê quanto à realização de exercícios com a criança (a partir do terceiro mês de vida), promovendo benefícios para ambos.

4.2.2 Fisioterapia

A fisioterapia tem papel fundamental na atenção à saúde da pessoa gestante e puérpera, contribuindo para a prevenção e o manejo de disfunções musculoesqueléticas e uroginecológicas comuns nesse período. O acompanhamento fisioterapêutico visa à melhoria da postura, da mobilidade e do conforto físico, além de favorecer o preparo para o parto e a recuperação pós-gestacional. As ações podem ocorrer de forma individual ou coletiva, conforme a necessidade identificada.

4.2.2.1 Atendimento Individual

O atendimento individual é direcionado às pessoas que gestam e apresentam disfunções agudas, identificadas durante o acompanhamento médico, nos grupos de gestantes ou por demanda espontânea. Esse atendimento permite uma abordagem personalizada, garantindo a avaliação detalhada e o encaminhamento adequado para tratamento quando necessário.

- Exemplos de disfunções agudas: dor lombar aguda, incontinência urinária ainda não diagnosticada, dor pélvica, alterações circulatórias, cansaço, infecção do trato urinário ou outras demandas que surgirem.

4.2.2.2 Atendimento Coletivo

O atendimento coletivo tem como objetivo promover o fortalecimento muscular, a consciência corporal e a preparação física e emocional da pessoa gestante para o parto e o puerpério. As atividades em grupo também favorecem a troca de experiências e o apoio mútuo entre as participantes, contribuindo para a promoção da saúde e o bem-estar materno. Assim é importante:

- Realizar orientações posturais, de fortalecimento do assoalho pélvico, posições para a dilatação e para o nascimento, respiração e técnicas não farmacológicas para alívio da dor;

- Organizar atividades e oferecer orientações sobre preparação física, prevenção de complicações uroginecológicas no puerpério e pós-parto;
- É necessária liberação médica para participação em exercícios em grupo, sendo contraindicado para pacientes que apresentem disfunções agudas, avaliadas previamente pela fisioterapeuta responsável pelo grupo na APS.

4.2.3 Fonoaudiologia

A Fonoaudiologia desempenha um papel essencial no cuidado à pessoa gestante, puérpera e ao recém-nascido, especialmente na promoção, prevenção e manejo de aspectos relacionados à amamentação e à comunicação. As ações da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde visam fortalecer o aleitamento materno, orientar sobre práticas seguras de alimentação e contribuir para o desenvolvimento saudável do bebê. O acompanhamento pode ocorrer de forma individual ou coletiva, conforme as necessidades identificadas pela equipe.

4.2.3.1 Atendimento Individual

O atendimento individual é voltado às pessoas em período de puerpério, com foco na avaliação e no apoio à amamentação. Essa abordagem personalizada permite identificar dificuldades precocemente, oferecer orientações específicas e garantir o sucesso do aleitamento materno. As condutas indicadas são:

- Atender, na UBS ou em domicílio, todas as pessoas que estão no puerpério, com foco na amamentação:
 - avaliar a prática e possíveis dificuldades;
 - incentivar o aleitamento humano;
 - orientar e auxiliar as pessoas com dúvidas sobre amamentação.
- Avaliar o uso de bicos, mamadeiras e demais utensílios utilizados na alimentação do bebê.
- Realizar encaminhamentos, quando necessário; entre outras ações de apoio.

4.2.3.2 Atendimento Coletivo

O atendimento coletivo tem caráter educativo e preventivo, direcionado às pessoas que gestam — preferencialmente no terceiro trimestre — e tem como objetivo promover o preparo para o aleitamento e os cuidados iniciais com o bebê. As condutas indicadas são:

- Realizar encontros com foco na amamentação, abordando temas como:
 - técnicas de aleitamento;
 - testes da orelhinha e da linguinha;
 - exterogestação;
 - blues puerperal;
 - uso adequado (ou a evitação) de bicos, mamadeiras e outros utensílios utilizados na alimentação do bebê.

4.2.4 Nutrição

A atuação da Nutrição durante o ciclo gravídico-puerperal é fundamental para a promoção da saúde da pessoa gestante, do bebê e da família. Por meio de ações educativas, preventivas e de acompanhamento individualizado, busca-se garantir uma alimentação equilibrada, adequada às necessidades fisiológicas e às condições socioeconômicas de cada pessoa, contribuindo para a redução de riscos e complicações gestacionais.

4.2.4.1 Atendimento Individual

O atendimento individual tem como foco a avaliação nutricional e o acompanhamento das pessoas que gestam, com atenção especial àquelas com condições que exigem maior vigilância alimentar e metabólica. Nessa abordagem, o plano alimentar é elaborado de forma personalizada, respeitando as particularidades e necessidades de cada gestante. É importante:

- Realizar o atendimento de todas as pessoas que gestam, especialmente aquelas com sobrepeso, obesidade, baixo peso, diabetes, hipertensão ou desconfortos gastrintestinais intensos (náuseas, constipação, azia, gastrite).
- Elaborar plano alimentar individualizado, considerando as condições socioeconômicas da pessoa gestante, e realizar encaminhamento ao Serviço Social, quando necessário.
- Avaliar o peso conforme a idade gestacional e o ganho ponderal esperado.
- Verificar o uso adequado da suplementação indicada, como sulfato ferroso, ácido fólico, carbonato de cálcio e outros suplementos prescritos.
- Orientar individualmente a pessoa no puerpério — em conjunto com o(a) Educador(a) Físico(a) — sobre a retomada gradual do peso adequado e o fortalecimento da autoestima, promovendo saúde e bem-estar no pós-parto.

4.2.4.2 Atendimento Coletivo

O atendimento coletivo em nutrição tem caráter educativo e visa fortalecer práticas alimentares saudáveis ao longo da gestação, contribuindo para o bem-estar materno e fetal. Algumas indicações são:

- Realizar encontros voltados a todas as pessoas que gestam, com o objetivo de acompanhar o estado nutricional.
- Promover orientações alimentares adequadas ao período gestacional.
- Incentivar o aleitamento humano.
- Abordar temas como exterogestação e “hora de ouro”.

4.2.5 Serviço Social

O Serviço Social tem papel essencial no acompanhamento das pessoas que gestam e suas famílias, atuando na garantia de direitos, na redução das vulnerabilidades sociais e na promoção do acesso às políticas públicas. Sua atuação contribui para o fortalecimento de vínculos

familiares e comunitários, além de favorecer a adesão ao pré-natal e à continuidade do cuidado no puerpério.

4.2.5.1 Atendimento Individual

O atendimento individual do Serviço Social tem como foco identificar e intervir nas situações de vulnerabilidade que possam comprometer o acompanhamento gestacional e o bem-estar da pessoa que gesta e de sua família. É importante:

- Realizar orientação individual sobre os direitos da pessoa que gesta e de sua família, conforme disposto neste protocolo.
- Priorizar o atendimento de pessoas gestantes que apresentem baixa adesão ao pré-natal, estejam em situação de vulnerabilidade social ou sejam adolescentes.
- Efetuar visitas domiciliares para oferta de orientações, escuta qualificada e avaliação das vulnerabilidades sociais identificadas.

4.2.5.2 Atendimento Coletivo

O atendimento coletivo tem caráter educativo e informativo, buscando fortalecer o conhecimento das pessoas que gestam e de seus familiares sobre direitos, deveres e redes de apoio disponíveis durante a gestação, parto e pós-parto.

- Realizar orientações sobre os direitos da pessoa que gesta e da família, abordando aspectos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério.
- Promover encontros voltados a todas as pessoas gestantes e às pessoas que elas definirem como apoio, com o objetivo de discutir direitos, deveres e planejamento familiar.
- Apresentar e discutir a rede de apoio social e institucional disponível, encaminhando para atendimento individual quando necessário.
- Organizar, em articulação com a Assistente Social do Hospital de referência FHNSL, a visita à maternidade no último trimestre da gestação.

4.2.6 Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional atua na promoção da autonomia, da funcionalidade e do bem-estar das pessoas que gestam, considerando as mudanças físicas, emocionais e sociais que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal. O objetivo é favorecer a adaptação às novas demandas da gestação, do parto e do pós-parto, prevenindo sobrecargas e fortalecendo o vínculo entre a pessoa que gesta e o bebê.

4.2.6.1 Atendimento Individual

O atendimento individual é direcionado às pessoas gestantes que apresentam comprometimento na funcionalidade ou dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). A atuação busca promover a independência, a adaptação do ambiente e o uso de estratégias que facilitem a rotina. O profissional precisa oferecer orientações e adaptações específicas conforme a necessidade individual.

4.2.6.2 Atendimento Coletivo

O atendimento coletivo tem como foco a promoção da saúde e o fortalecimento do vínculo afetivo entre a pessoa que gesta e o bebê, por meio de atividades reflexivas e práticas voltadas ao preparo para o puerpério e às mudanças na rotina familiar.

Nos encontros com todas as pessoas que gestam, recomenda-se:

- Abordar temas relacionados ao vínculo afetivo do binômio mãe-bebê.
- Sugerir adaptações para gestantes com limitações nas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).
- Discutir a reorganização das atividades com a chegada do bebê, entre outros assuntos relevantes.

4.2.7 Psicologia/Psiquiatria

A Psicologia e a Psiquiatria têm papel fundamental no acompanhamento da saúde mental das pessoas que gestam e que estão no puerpério, atuando na prevenção, identificação precoce e tratamento de possíveis transtornos mentais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. O cuidado visa promover o bem-estar emocional, fortalecer vínculos afetivos e apoiar a adaptação às transformações dessa fase.

4.2.7.1 Atendimento Individual

O atendimento individual é destinado às pessoas gestantes que, durante a avaliação de pré-natal, apresentem sinais ou sintomas indicativos de sofrimento psíquico ou transtornos mentais, especialmente quando associados a fatores de risco, como histórico psiquiátrico pessoal ou familiar e vulnerabilidade socioafetiva.

Dessa forma, esse atendimento é voltado às pessoas gestantes que apresentem:

- quadros ansiosos ou de humor instável;
- pensamentos de ruína;
- tendência ao isolamento social;
- prejuízos no desempenho das atividades da vida cotidiana;
- dificuldades na construção do vínculo afetivo com o bebê.

4.2.7.2 Atendimento Coletivo

O atendimento coletivo tem caráter educativo e preventivo, buscando promover a saúde mental das pessoas que gestam e fortalecer sua rede de apoio. Os encontros possibilitam o compartilhamento de experiências, a reflexão sobre sentimentos e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento emocional.

É indicada a participação nos grupos de gestantes das UBS, com discussão de temas como:

- aspectos psicológicos da gestação e do pós-parto;
- depressão pós-parto;
- dinâmica familiar com a chegada do bebê;
- rede de apoio à pessoa que gesta e que está no puerpério;
- papel das parcerias e seus sentimentos;
- relacionamento com familiares;
- principais medos e inseguranças.

4.2.8 Odontologia

Entre a variedade de temas que podem ser abordados em cada trimestre gestacional, pode-se citar algumas sugestões a partir das dúvidas e conhecimento prévio das pessoas gestantes²⁹:

- **1º trimestre:** temas relacionados saúde bucal e saúde geral; orientações sobre a ocorrência de alterações fisiológicas de interesse odontológico, comuns do período gestacional; orientações sobre hábitos alimentares saudáveis a fim de prevenir a cárie dentária (dieta equilibrada a fim de evitar alimentos cariogênicos); orientações sobre higiene bucal, como escovação dentária e uso de fio dental (técnicas e frequência); desmistificação de crenças e tabus; etc.
- **2º trimestre:** é importante incentivar as pessoas que gestam a recordarem os temas abordados anteriormente, estimulando perguntas, e a troca de experiências; cuidados quando houver enjoos e vômitos; processo saúde-doença da cárie dentária, gengivites e doença periodontal; aleitamento humano e os benefícios para a saúde geral e bucal do bebê; consumos de medicamentos, fumo e drogas e seus efeitos no desenvolvimento dos dentes e para desenvolvimento fetal; etc.
- **3º trimestre:** da mesma forma que no trimestre anterior, é importante incentivar as pessoas que gestam a recordarem os temas abordados nos encontros anteriores; reforçar o autocuidado para com a saúde bucal da gestante e os cuidados para com o bebê, enfatizando os benefícios do aleitamento humano exclusivo nos seis primeiros meses de vida; a

importância de não oferecer chupetas ou mamadeiras; orientar a procurarem a unidade para a consulta de puerpério e para o grupo de bebês; etc.

Clique na [Figura 5](#) para acessar a Cartilha de Saúde Bucal da Gestante do Ministério da Saúde:

Figura 5 – Saúde Bucal da Gestante do Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2022²⁸.

4.3 IMUNIZAÇÃO

A vacinação durante a gestação tem como objetivo a proteção da pessoa gestante e do feto, uma vez que infecções durante o período gestacional estão associadas a desfechos desfavoráveis e a complicações. A proteção passiva ao feto, recém-nascido e lactentes está relacionada à passagem, através da placenta, das imunoglobulinas IgG produzidas pela resposta humoral materna, sendo que essa proteção passiva acontece aproximadamente até os primeiros 12 meses de vida. Os anticorpos IgA presentes no leite humano também contribuem para a proteção passiva do lactente²⁹.

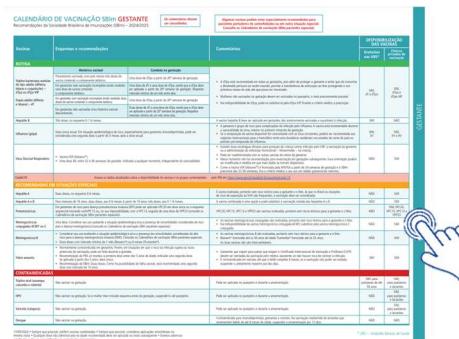
Entretanto, existem vacinas que são contraindicadas durante a gestação, portanto, a consulta pré-concepcional é um importante momento de verificação e de atualização do cartão vacinal, quando este estiver indicado. Caso se vacine uma pessoa com útero em idade fértil e que não esteja gestante, deve-se recomendar que, caso haja desejo de engravidar, que o faça após período mínimo de 30 dias a partir da última dose.

O [Quadro 21](#) apresenta a classificação das vacinas quanto a indicação, contraindicação ou passíveis de avaliação risco-benefício.

A Sociedade Brasileira de Imunizações³⁰ disponibiliza mais informações acerca das

vacinas que são recomendadas em situações especiais e as contraindicadas. Caso queira mais informações, acesse clicando na figura abaixo:

Figura 6 – Calendário de vacinação para gestantes



Fonte: SBIm³⁰.

Quadro 21 – Resumo das vacinas e suas relações com a vacinação

Vacina	Indicadas durante a gestação	Podem ser consideradas durante a gestação	Contraindicadas na gestação
dTpa	x		
Influenza	x		
VSR – Vírus Sincicial Respiratório*	x		
Hepatite B	x		
Hepatite A		x	
Pneumococicas		x	
Meningocócicas (C, ACWY, B)		x	
Febre amarela		x	
Tríplice Viral			x
Varicela			x
HPV			x
Dengue			x

Fonte: Adaptado de SBIm²⁹.

*A vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR) foi aprovada para inclusão no quadro de vacinas disponibilizadas pelo SUS por meio de Portaria de 24 de fevereiro de 2025³¹.

A vacinação com a dT ou dTpa demanda uma atenção extra para algumas situações específicas relacionadas ao estado vacinação prévio à gestação que será descrito no abaixo.

Quadro 22 – Situações e condutas para a vacinação com dT e dTpa de pessoas que gestam

Situação	Conduta
Pessoas gestantes NÃO vacinadas previamente	Administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa, a partir da 20 ^a semana de gestação.
Pessoas gestantes vacinadas com uma dose de dT	Administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (a partir da 20 ^a semana de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.
Pessoas gestantes a partir da 20 ^a semana de gestação, vacinada com 2, 3, 3 + reforço independente do prazo (mais ou menos de 5 anos) de dT	Administrar uma dose da dTpa.

Fonte: Ministério da Saúde²⁹.

Quadro 23 – Prazo descrito para vacinação pós-parto

(continua)

Influenza	Recomendadas em até 45 dias após o parto, que eventualmente não foram vacinadas durante a gestação.
dTpa	
Tríplice Viral	Podem ser aplicadas no puerpério e na amamentação.
Febre Amarela	Evitada em nutrizes até que o lactente complete 6 meses. Se a vacinação for necessária, deve-se suspender o aleitamento humano por 10 dias após a administração da vacina. Após os 6 meses de idade da criança, a pessoa que amamenta pode receber a vacina sem necessitar suspender o aleitamento.

Quadro 23 – Prazo descrito para vacinação pós-parto

(conclusão)

Dengue	Contraindicada em pessoas que amamentam e imunocomprometidas.
--------	---

Fonte: Ministério da Saúde²⁹.

4.4 REGISTRO DO ATENDIMENTO

O registro adequado e completo das informações referentes ao acompanhamento pré-natal é uma etapa essencial para a qualidade da atenção prestada à pessoa que gesta, ao recém-nascido e à família. Além de constituir um instrumento de comunicação entre os diferentes profissionais e serviços de saúde, os registros permitem o monitoramento das ações, a avaliação dos indicadores e a continuidade do cuidado ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A documentação precisa e padronizada é também um requisito legal e ético, contribuindo para a segurança da assistência e para a produção de dados epidemiológicos que subsidiam o planejamento das políticas públicas de saúde.

Nesta seção, são apresentados os principais instrumentos e sistemas utilizados para o registro do acompanhamento do pré-natal, bem como as orientações sobre o correto preenchimento da **Caderneta da Gestante**, dos formulários do **PEC e-SUS APS**, e dos registros relacionados ao início e ao desfecho da gestação, à consulta puerperal e ao pré-natal do parceiro.

4.4.1 A Caderneta da Gestante

O preenchimento adequado da Caderneta da Gestante é um passo fundamental do cuidado e da assistência. Ela deve ser entregue logo no primeiro contato da pessoa gestante com o serviço de saúde, que deve ser orientada a sempre levar a caderneta nas consultas, na maternidade e em todas as visitas ao sistema de saúde.

A caderneta deve ser preenchida com letra legível e conter o máximo de informações levantadas durante os atendimentos.

A própria pessoa que gesta deve ser estimulada a preencher a caderneta, uma vez que ela é um instrumento interativo, que contém espaços para o registro de impressões sobre o momento que está vivendo, além de ajudar a esclarecer as dúvidas mais frequentes sobre gestação, parto, puerpério e amamentação. A parceiria também deve ser estimulada a participar deste processo e a preencher a sessão “O pré-natal do parceiro”.

A versão digital da Caderneta da Gestante de 2024³² pode ser acessada clicando na [Figura 7.](#)

Figura 7 – Versão digital da Caderneta da Gestante de 2024



Fonte: Ministério da Saúde, 2023³².

4.4.2 Registros do acompanhamento do Pré-natal no PEC e-SUS APS

O profissional responsável pela realização da primeira consulta de pré-natal deverá certificar de que a pessoa gestante se encontra corretamente cadastrada no sistema de informação da atenção básica (PEC e eSUS-AB). É necessário que a pessoa gestante tenha o Cadastro de Pessoa Física (CPF) vinculado ao seu cadastro.

4.4.3 Registro do início do acompanhamento do pré-natal

Para dar início ao acompanhamento da pessoa gestante, é necessário que o profissional médico ou enfermeiro da ESF registre a condição de gravidez com os CIAP2/CID10 correspondentes conforme tabela abaixo, na seção de “Avaliação” do SOAP, mantendo a situação do problema/condição como “Ativo”. Outra opção é a marcação do campo "Pré-natal" na Ficha de Atendimento Individual do CDS³³.

Dessa forma, o sistema inicia o acompanhamento do pré-natal e capta informações úteis para o adequado monitoramento, avaliação e repasse financeiro referente às ações de pré-natal nos serviços de Atenção Primária.

A partir do momento em que é inserido o registro de condição relacionada à gravidez, seja pelo CIAP2 ou pelo CID-10, o campo Mulher - DUM se torna de preenchimento obrigatório em todos os atendimentos.

Quadro 24 – CID-10 e CIAP2 utilizados para registro do início do acompanhamento de pré-natal

CIAP 2	W03; W05; W71; W78; W79; W80; W81; W84; W85
CID 10	O009, O11, O12, O120, O121, O122, O13, O14, O140, O141, O149, O15, O150, O151, O159, O16, O20, O200, O208, O209, O21, O210, O211, O212, O218, O219, O22, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O23, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O26, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O28, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O29, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O299, O30, O300, O301, O302, O308, O309, O31, O311, O312, O318, O32, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O33, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O339, O34, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O35, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O36, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O41, O410, O411, O418, O419, O43, O430, O431, O438, O439, O44, O440, O441, O46, O460, O468, O469, O47, O470, O471, O479, O48, Z321, Z33, Z34, Z340, Z348, Z349, Z35, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, Z640

Fonte: Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS³⁴.

4.4.4 Registro do desfecho da gestação

Para registrar o desfecho de uma gestação, por nascimento ou interrupção, o profissional enfermeiro ou médico deverá informar por meio dos códigos CIAP2 ou CID10 discriminados na tabela abaixo. Tal registro deve ser realizado na seção Avaliação do SOAP, por meio do bloco *Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento*. Caso não seja registrado um desses códigos após o término da gestação, a pessoa que estava gestante continuará registrada no sistema como gestação em curso.

Em caso de identificação de algum desses códigos, o sistema mostrará o campo Encerramento da gestação, sendo obrigatória a inserção da data do encerramento da gestação.

Quadro 25 – Códigos que podem ser utilizados para encerrar uma gestação

Descrição	CIAP	CID-10
Aborto espontâneo	W82	O02, O03, O05, O06 W83
Aborto provocado	W83	O04, Z30.3
Parto sem complicações de nascido vivo	W90	O80, Z37.0, Z37.9, Z38, Z39
Parto sem complicações de natimorto	W91	Z37.1, Z37.9
Parto com complicações de nascido vivo	W92	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.2, Z37.5, Z37.9, Z38, Z39
Parto com complicações de natimorto	W93	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.1, Z37.3, Z37.4, Z37.6, Z37.7, Z37.9

Fonte: Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS³⁴.

4.4.5 Registro da consulta puerperal

Após o desfecho da gestação, informar por meio do campo Problemas e/ou condições avaliadas com os CIAP2/CID10 correspondentes:

Quadro 26 – Códigos CIAP2 para registro de avaliação puerperal

W18	Sinais/sintomas pós-parto
W19	Sinais/sintomas da mama/lactação
W70	Sepses/infecção puerperal
W94	Mastite puerperal
W96	Out. complicações do puerpério
O152, O85, O86, O860, O861, O862, O863, O864, O868, O87, O870, O871, O872, O873, O878, O879, O89, O890, O891, O892, O893, O894, O895, O896, O898, O899	Códigos CID-10 para registro de avaliação puerperal

Fonte: Nota técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS³⁴.

4.4.6 Registro do pré-natal do parceiro

Consulta de pré-natal do parceiro/partner deverá ser registrada no campo Procedimentos administrativos, com o código 0301010234 - CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO.

5 EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares que devem ser solicitados durante o pré-natal e a interpretação dos resultados e conduta estão descritos, respectivamente, nos [Quadros 27](#) e [28](#). Caso a pessoa que gesta não seja captada precocemente, o profissional de saúde deve solicitar os exames na primeira oportunidade.

Quadro 27 – Roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional¹

(continua)

Período da Gestação	Exames a serem solicitados
1º trimestre (primeira consulta)	Hemograma
	Tipagem sanguínea e fator Rh
	Coombs indireto (se a pessoa que gesta for Rh negativo) ²
	Glicemia de Jejum
	Teste rápido (TR) de triagem para sífilis
	TR para HIV
	TR para Hepatite B e C
	Anti-HBS
	Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) - mensal se ambos negativos
	Exame de urina rotina e urocultura
	Eletroforese de hemoglobina ³
	TSH
	Citopatológico de colo de útero (se necessário)
	US com translucência nucal (a ser realizado entre 11 e 14 semanas)
	Parasitológico de fezes (se indicação clínica)
	Teste sorológico de rastreamento HTLV (em Nova Lima: quimiluminescência)
2º trimestre	Hemograma completo
	Exame de urina rotina
	Urocultura

Quadro 27 – Roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional

(conclusão)

2º trimestre	Hemograma completo
	Exame de urina rotina
	Urocultura
	Coombs indireto mensal a partir da 24 ^a semana para as pessoas gestantes Rh negativo ²
	TOTG - Teste oral de tolerância à glicose - 1 e 2h após 75g de Dextrosol (entre 24 e 28 semanas de gestação)
	TR de sífilis
	TR de HIV
	TR de Hepatite B e C
	US morfológico e de medida do colo uterino (entre 20 e 24 semanas)
	OU obstétrico (após 24 semanas)
3º trimestre	Hemograma
	Glicemia de Jejum
	Teste rápido (TR) de triagem para sífilis
	TR para HIV
	TR para Hepatite B e C
	Exame de urina rotina e urocultura
	US obstétrica (32 a 36 semanas)
	Cultura para estreptococos do grupo β hemolítico (com 35 semanas)
	Teste sorológico de rastreamento HTLV (em Nova Lima: quimiluminescência)

Fonte: Elaborado pelos autores.

¹ Solicitação por médico ou enfermeiro.

² Coombs indireto deve ser repetido mensalmente, a partir de 24 semanas, em pessoas gestantes Rh negativo.

³ Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as pessoas gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS³⁵.

A Lei nº 14.598, de 14 de junho de 2023³⁵, determina que na assistência pré-natal de rotina deverão ser realizados pelo menos 2 (dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o

primeiro quadrimestre de gestação, assim como um ecocardiograma fetal. Devido à falta de evidência que corrobora a solicitação destes exames de rotina durante o pré-natal, tendo em vista a prevenção quaternária, este protocolo abordará as indicações baseadas em evidências para a solicitação de US na gestação. Antes, estava preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por pessoa gestante³⁷.

Em Nova Lima, segundo o Protocolo de Solicitação de Exames de Média e Alta Complexidade, além da UGS obstétrica, está também disponível a US com transluscência nucal, US morfológico, US perfil biofísico fetal, US com Doppler, segundo as indicações abaixo descritas. Foi introduzido o US com ecocardiograma fetal.

5.1 EXAMES LABORATORIAIS

A realização e interpretação adequada dos exames laboratoriais durante o pré-natal são fundamentais para o acompanhamento clínico da gestante e para a detecção precoce de condições que possam comprometer a saúde materna e fetal. Esses exames possibilitam identificar alterações hematológicas, infecciosas e metabólicas, orientando condutas preventivas e terapêuticas oportunas.

A interpretação dos resultados deve sempre ser realizada de forma criteriosa, considerando os parâmetros de referência, o período gestacional e as condições clínicas individuais.

O quadro a seguir apresenta um resumo das principais alterações laboratoriais encontradas durante o pré-natal, sua interpretação e as condutas recomendadas, conforme protocolos assistenciais vigentes.

Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

(continua)

Exames	Resultados	Conduta
Hemograma	Hemoglobina \geq 11g/dL: ausência de anemia	Suplementação profilática com o Sulfato Ferroso – exceto pacientes com anemia falciforme. Repetir hemograma no 3º trimestre.
	Hemoglobina entre 8 e 11g/dL: anemia leve a Moderada	Pesquisar e tratar parasitoses intestinais. Iniciar tratamento com sulfato ferroso* (120 a 160mg de ferro elemento: 02 comprimidos 30 minutos antes do almoço e do jantar) e 400 µg de ácido fólico diariamente até o final da gestação. Repetir hemograma em 30 dias. Se melhora da anemia, manter tratamento com sulfato ferroso por 3 meses e repetir hemograma em 60 dias. Se piora da anemia ou níveis de hemoglobina estáveis, encaminhar a gestante ao PNAR. *O manejo deve ser feito por médico (a).
	Hemoglobina $<$ 8g/dL: anemia grave	Encaminhamento médico da gestante ao PNAR.
	Plaquetas $<$ 150.000: trombocitopenia	Repetir hemograma em 30 dias. Se plaquetas $>$ 150.000, repetir hemograma no 3º trimestre. Se plaquetas $<$ 100.000, encaminhar ao PNAR. Plaquetas entre 100.000 e 150.000, repetir hemograma em 30 dias (se o resultado persistir, encaminhar ao PNAR). *O manejo deve ser feito por médico (a).
Glicemia de jejum na 1ª consulta de pré-natal	$<$ 92mg/dl: exame normal	Orientar medidas de prevenção primária, orientações nutricionais e atividade física apropriadas. Solicitar teste oral de tolerância à glicose - TOTG (glicemia pós-dextrosol -GPD 75g 1 e 2 horas) entre 24 e 28 semanas.

Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

(continuação 1)

Exames	Resultados	Conduta
Glicemia de jejum na 1 ^a consulta de pré-natal	≥ 92mg/dl e < 126 mg/dl: Diabetes Mellitus Gestacional - DMG	Orientar medidas de prevenção primárias. Encaminhar para nutricionista. Iniciar perfil glicêmico (4 pontos diários: jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar). Encaminhar para Ginecologista da UBS para Pré-Natal de Risco Intermediário e, caso necessário, para o Alto Risco.
	≥ 126mg/dL → Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação – ou previamente diagnosticado	Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco. Não solicitar TOTG.
Dextrosol (1 e 2hs), entre 24 e 28 semanas	Exame alterado se: • jejum: ≥ 92mg/dL Ou • 1 hora: ≥ 180mg/dL ou • 2 horas: ≥ 153mg/dL Qualquer valor alterado é diagnóstico de diabetes gestacional	Orientar medidas de prevenção primárias. Encaminhar para nutricionista. Iniciar perfil glicêmico. Encaminhar para Ginecologista da UBS para pré-natal de risco intermediário e, caso necessário, para o alto risco.
Eletroforese de hemoglobina	HbAA: sem doença falciforme. HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme.	As pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica.

Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

(continuação 2)

Exames	Resultados	Conduta
Eletroforese de hemoglobina	HbA com variante qualquer: sem doença falciforme.	As pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica.
	Hb SS, HbSC, Hb S β tal, Hb S β 0tal ou Hb SD Punjab: doença falciforme	Encaminhar ao PNAR com prioridade alta. Orientar quanto à hereditariedade, investigar possibilidade de o genitor da criança também ter o traço falciforme ou a doença, com probabilidade de nascer uma criança com traço e/ou doença falciforme.
Fator Rh negativo		Solicitar coombs indireto mensal a partir de 24 semanas. Se coombs indireto positivo, encaminhar a pessoa gestante ao PNAR e à Medicina Fetal.
Coombs indireto	Positivo: pessoa gestante sensibilizada	Referenciar ao pré-natal de alto risco.
	Negativo: pessoa gestante não sensibilizada	Repetir exame mensalmente. 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, na maternidade de referência de nas primeiras 72 horas da exposição. Administração rotineira de imunoglobulina anti-D no início do terceiro trimestre em gestantes Rh Negativas, com coombs indireto negativo e feto com possibilidade de ser Rh positivo. O regime posológico é de 300 microgramas às 28 semanas de gestação. Esta prática reduz a incidência de aloimunização pré-natal de 1 a 2 por cento para 0,1 a 0,3 por cento. A pessoa gestante deve ser encaminhada à Maternidade de referência para administração da medicação.

Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

(continuação 3)

Exames	Resultados	Conduta
Teste rápido para sífilis	Positivo	<p>Pesquisar sobre tratamento anterior – devidamente registrado. Caso não haja, iniciar o tratamento com Penicilina Benzatina, solicitar o teste não treponêmico (VDRL) e agendar consulta médica para avaliar resultado em sete dias. Notificar o caso.</p> <p>Tratar parceria independente do resultado do TR ou VDRL.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>
	Negativo	<p>Repetir TR no 2º trimestre e fazer novo rastreamento no 3º trimestre. No momento do parto, realizar VDRL ou teste rápido para sífilis.</p>
Teste rápido de Hepatite B	Positivo	<p>Realizar o aconselhamento pós teste, encaminhar ao Infectologista e ao PNAR e notificar o caso.</p>
	Negativo	<p>Realizar o aconselhamento pós teste, repetir exame no 2º e 3º trimestre; vacinação caso não tenha sido imunizada previamente.</p>
Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)	IgG positivo / IgM negativo: pessoa que gesta imune	<p>Abandonar rastreamento.</p> <p>Realizar avaliação trimestral em imunodeprimidas.</p>
	IgG negativo / IgM negativo: pessoa que gesta	<p>Repetir sorologia mensal e orientar medidas de prevenção primária.</p>
	IgG positivo / IgM positivo: infecção aguda ou IgM residual	<p>Se > 16 semanas, considerar infecção aguda, iniciar tratamento e encaminhar ao PNAR.</p> <p>Se < 16 semanas: solicitar* teste de avidez para IgG.</p> <p>Se alta avidez, considerar IgM residual.</p> <p>Se baixa avidez, considerar infecção aguda, iniciar tratamento e encaminhar ao PNAR.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>

Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

(continuação 4)

Exames	Resultados	Conduta
	IgG negativo / IgM positivo: infecção aguda inicial ou falso positivo	<p>Iniciar Espiramicina imediatamente*.</p> <p>Repetir a sorologia em 3 semanas.</p> <p>Se IgG e IgM positivos, considerar infecção aguda, continuar tratamento e encaminhar ao PNAR.</p> <p>Se IgG permanecer negativo, considerar IgM falso positivo.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>
Teste rápido de diagnóstico para HIV	Positivo	Realizar o aconselhamento pós teste, encaminhar ao PNAR e ao Infectologista, notificar (mesmo que previamente diagnosticada).
	Negativo	Realizar o aconselhamento pós- teste e repetir exame no 2º e 3º trimestre.
Exame de urina rotina	Hematúria (classifica-se como hematúria a presença acima de 10.000 células/mL ou de 3-5 hemácias por campo).	<p>Se associada à piúria, considerar a possibilidade de infecção urinária. Avaliar urocultura*.</p> <p>Se houver hematúria isolada, excluir sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>
	Cilindrúria: possibilidade de nefropatia.	Encaminhar ao PNAR.
	Proteinúria “traços” ou 1+ (na ausência de hipertensão arterial).	<p>Repetir exame em 15 dias.</p> <p>Monitorização da pressão arterial (pelo menos uma vez por semana).</p>
	Proteinúria $\geq 2+$ (na ausência de hipertensão): nefropatia.	<p>Solicitar proteinúria de 24 horas e encaminhar ao PNAR.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>
	Leucocitúria (classifica-se como leucocitúria a presença > 10.000 células/mL ou 5 células/campo).	<p>Considerar a possibilidade de infecção urinária. Avaliar urocultura*.</p> <p>É importante lembrar que quadros de disúria com urocultura negativa podem ser uretrites causadas por Chlamydia trachomatis ou gonococo.</p>

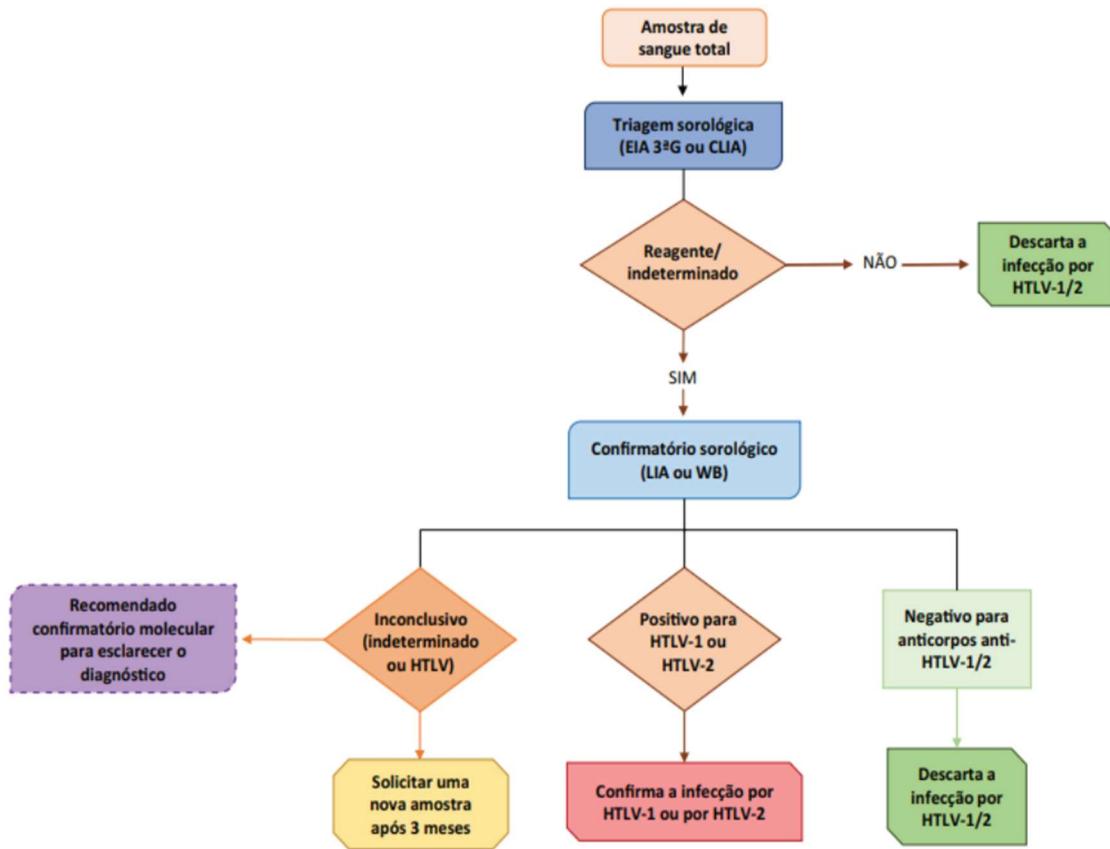
Quadro 28 – Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

(continuação 5)

Exames	Resultados	Conduta
		<p>Se leucocitúria estiver presente, aumenta-se a probabilidade.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>
Urocultura	> 100.000 UFC: ITU	<p>Realizar tratamento conforme resultado do antibiograma, avaliando as drogas que podem ser utilizadas durante a gestação.</p> <p>A urocultura deve ser repetida após 7 a 10 dias do término do tratamento.</p> <p>Se urocultura com estreptococo do grupo beta-hemolítico (GBS): recomenda-se registrar esse achado na Caderneta da Gestante, pois estas poderão receber profilaxia em trabalho de parto para prevenir a infecção neonatal de início precoce.</p> <p>*O manejo deve ser feito por médico (a).</p>
	Negativo	Repetir exame no 3º trimestre.
	< 100.000 UFC	Repetir urocultura mensalmente até definição do diagnóstico.
Cultura para Estreptococos do grupo B hemolítico	Negativo	Orientações gerais.
	Positivo	Tratamento em ambiente hospitalar. Registrar resultado no Cartão da Gestante.
Sorologia HTLV	Positivo ou Indeterminado	Orientar sobre contraindicação à amamentação e solicitar imediatamente teste complementar/confirmatório conforme Figura 8 . Encaminhar ao PNAR se teste confirmatório positivo.
	Negativo	Prosseguir com pré-natal

 Fonte: Ministério da Saúde, 2023³⁸.

Figura 8 – Fluxograma de testes laboratoriais para o diagnóstico da infecção por HTLV-1 e HTLV-2 no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, 2023³⁸.

5.2 EXAMES DE IMAGEM

5.2.1 US primeiro trimestre

Objetiva datar a gestação. Melhor período para solicitar é entre 8s+0d e 13s+6d calculadas a partir da provável DUM. (período em que os erros de medição terão menor impacto na avaliação da idade gestacional). Quando optado por solicitar, fora do contexto de necessidade de datação da gestação, dar preferência para 11 semanas e 13 semanas+6 dias. Pode ser solicitado por Ginecologista, Médico e Enfermeiro da eSF¹.

A US do 1º trimestre é voltada para a confirmação da viabilidade da gestação, o estabelecimento com precisão da idade gestacional, determinação do número de fetos e, na presença de gravidez múltipla, avaliação da corionicidade e amnionicidade. Não existe razão para sua

realização como exame de rotina na ausência de qualquer fator de risco. O profissional deve aconselhar a pessoa gestante em relação aos possíveis benefícios e limitações da ultrassonografia do primeiro trimestre. O comprimento cabeça-nádega (CCN) é a medida que fornece uma estimativa mais precisa da idade gestacional.

Neste período é possível a avaliação de marcadores para cromossomopatias como a medida da translucência nucal (TN) e a visualização do osso nasal. O US fornece dados para o cálculo do risco específico para aneuploidias, por meio da multiplicação do risco a priori (risco basal) (relacionado à idade materna e à idade gestacional), pelo fator de correção da TN. Tal fator depende do grau de desvio da medida em relação à mediana normal esperada para o CCN.

O rastreamento por meio da TN pode identificar mais de 75% dos fetos com trissomia do cromossomo 21, porém o rastreamento apresenta uma taxa de falso-positivo de 5%. No grupo de fetos com anomalias cromossômicas, cerca de 50% estão acometidos pela trissomia do cromossomo 21; 25% pela trissomia do cromossomo 18 ou do 13; 10% pela síndrome de Turner; 5% pela triploidia e 10% por outra cromossomopatia. No primeiro trimestre é possível a avaliação da morfologia fetal com diagnóstico precoce de malformações como anencefalia, onfalocele, gastrosquise, entre outras, sendo capaz de identificar mais de 80% das principais malformações fetais não relacionadas a cromossomopatias, com sensibilidade entre 12,5 e 83,7%³⁹.

O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento de aneuploidias durante a gravidez. Caso opte-se por realizá-lo, deve-se oferecer aconselhamento antes da realização do exame, incluindo abordagem das implicações psicológicas de um resultado positivo³⁹.

Deve-se ressaltar que a TN e a visualização do osso nasal são utilizados para rastreamento de anomalias cromossômicas, não se constituindo como método diagnóstico. É importante sempre oferecer esclarecimentos à pessoa gestante e a sua rede de apoio sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos antes da solicitação devido às implicações psicológicas do teste positivo, incluindo falso-positivos.

Atenção: caso rastreamento positivo para cromossomopatias, deve-se encaminhar com prioridade para a Medicina Fetal e para o PNAR.

5.2.2 US morfológico

A ultrassonografia morfológica tem como objetivo principal a avaliação detalhada da anatomia fetal, possibilitando a identificação precoce de malformações estruturais, além de avaliar o crescimento e o desenvolvimento do feto. Também permite a análise da quantidade de líquido amniótico, da placenta e do cordão umbilical, além de parâmetros biométricos que auxiliam na estimativa do peso fetal.

- Período ideal para realização: entre 20 e 24 semanas de gestação.
- Profissionais solicitantes: Ginecologista, Médico e Enfermeiro da eSF.
- Indicação: todas as pessoas gestantes.

Durante este exame, devem ser avaliadas a morfologia do sistema nervoso central, face, coluna, coração, abdome, trato urinário, membros e genitália, observando-se também o fluxo umbilical e possíveis alterações anatômicas.

A US morfológica tem papel essencial na detecção de anomalias congênitas, na avaliação do bem-estar fetal e na definição de condutas obstétricas subsequentes. Quando identificadas alterações significativas, a pessoa gestante deve ser encaminhada para acompanhamento em serviço de referência em Medicina Fetal.

5.2.3 US perfil biofísico fetal

O perfil biofísico fetal é um exame complementar que avalia o **bem-estar e a vitalidade fetal**, combinando parâmetros ultrassonográficos e cardiotocográficos para detectar precocemente situações de hipóxia intrauterina. O exame avalia cinco variáveis: movimentos respiratórios fetais, movimentos corporais, tônus fetal, volume de líquido amniótico, reatividade da frequência cardíaca fetal (por meio do teste sem estresse).

- Período ideal para realização: a partir de 28 semanas de gestação.
- Profissional solicitante: Ginecologista.

As indicações são:

- Condições maternas: síndromes hipertensivas, diabetes mellitus tipo I, nefropatia crônica, cardiopatias cianóticas, hemoglobinopatias (SS, CC, talassemia S), lúpus eritematoso sistêmico, disfunções tireoidianas (hipotireoidismo/hipertireoidismo) e síndrome antifosfolípide.
- Condições gestacionais: pré-eclâmpsia, diminuição de movimentos fetais, oligoídramnio, polidrâmnio, crescimento intrauterino restrito, gestação prolongada, aloimunização, perda fetal anterior sem causa aparente e gestações múltiplas com discrepância de crescimento.

O resultado do PBF fornece subsídios importantes para a definição da conduta clínica e obstétrica, podendo indicar necessidade de intervenções precoces ou de acompanhamento intensivo em serviço de alto risco.

5.2.4 US com Doppler

A ultrassonografia com Doppler é um exame que avalia o fluxo sanguíneo nas artérias e veias maternas e fetais, permitindo o monitoramento da oxigenação e do estado hemodinâmico fetal. Trata-se de um método essencial para o acompanhamento de gestações de alto risco, contribuindo para o diagnóstico precoce de hipóxia fetal e para a definição de condutas clínicas.

- Profissional solicitante: Ginecologista.
- Indicações:
 - retardo de crescimento intrauterino (RCIU) ou suspeita de macrossomia fetal;
 - gestação em pessoa com diabetes mellitus;
 - síndromes hipertensivas da gestação;
 - outras situações clínicas específicas, mediante justificativa médica.

O exame possibilita a avaliação das artérias uterinas, umbilicais, cerebrais médias e do ducto venoso, permitindo a identificação de alterações na perfusão placentária e no comprometimento fetal, sendo uma ferramenta importante no manejo de gestações com risco de hipóxia ou sofrimento fetal crônico.

5.2.5 US com Ecocardiografia Fetal

A ecocardiografia fetal é o exame de escolha para a avaliação detalhada da anatomia e da função cardíaca do feto, permitindo o diagnóstico precoce de malformações congênitas do coração e distúrbios do ritmo cardíaco fetal.

- Profissionais solicitantes: ginecologista e médico da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Idade gestacional recomendada:
 - ecocardiograma fetal transvaginal: antes de 13 semanas;
 - ecocardiograma fetal transabdominal: entre 13 e 14 semanas;
 - quando o exame é realizado antes de 18 semanas, recomenda-se repetição entre 24 e 28 semanas de gestação.

A solicitação do exame deve ser considerada principalmente em casos de histórico familiar de cardiopatias congênitas, uso de medicamentos teratogênicos, diabetes pré-gestacional, síndromes genéticas suspeitas ou alterações identificadas na ultrassonografia morfológica. O diagnóstico precoce é fundamental para o planejamento do parto e do cuidado neonatal especializado.

Quadro 29 – Recomendações para ecocardiografia fetal com perfil de gestação de risco elevado

(continua)

Recomendações	Grau de recomendação	Nível de evidência
DM pré-gestacional	I	A
DMG diagnosticada no primeiro trimestre	II	B
Fenilcetonúria da pessoa que gesta	I	A
Anticorpos maternos SSA/SSB	IIa	B
Medicações maternas:	IIa	B
Inibidores ECA	I	B
Ácido retinóico	I	A
AINH no terceiro trimestre		
Infecção materna por rubéola no primeiro trimestre	I	C
Infecção materna com suspeita de miocardite/pericardite	I	C

Quadro 29 – Recomendações para ecocardiografia fetal com perfil de gestação de risco elevado

(conclusão)

Recomendações	Grau de recomendação	Nível de evidência
Reprodução assistida	IIa	A
Cardiopatia congênita em parente de primeiro grau	I	B
Cardiopatia com herança mendeliana em parente de primeiro ou segundo grau	I	C
Suspeita de cardiopatia no ultrassom obstétrico/morfológico	I	B
Anomalia extracardíaca fetal	I	B
Feto com alteração cromossômica	I	C
Feto com taquicardia ou bradicardia ou batimentos irregulares frequentes	I	C
TN > 95%	I	A
Gemelaridade monocoriônica	I	A
Feto com hidropsia ou derrames	I	B

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia Fetal, 2019⁴⁰.

Legenda: AINH: anti-inflamatórios não hormonais. DM: diabetes melito. DMG: diabetes melito gestacional.

ECA: enzima conversora de angiotensina. TN: transluscência nucal.

Quadro 30 – Recomendações para ecocardiografia fetal com perfil de gestação de risco baixo

Recomendações	Grau de recomendação	Nível de evidência
Medicações em uso pela pessoa que gesta:		
Anticonvulsivante	IIb	B
Lítio		
Vitamina A		
Inibidores de serotonina		
AINH no primeiro e segundo trimestre		
Cardiopatias em parentes de segundo grau	IIb	B
Alterações do cordão umbilical e placenta	IIb	C
Alteração venosa intra-abdominal fetal	IIb	C

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019⁴⁰.

Legenda: AINH: anti-inflamatórios não hormonais

Solicitações além das indicações acima descritas só serão agendadas se o médico solicitante anexar uma justificativa ao pedido, esclarecendo os motivos que o levam a solicitar tal exame.

Consulta Pública

6 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Durante a gestação, o organismo da pessoa que gesta passa por diversas alterações fisiológicas e, eventualmente, patológicas, que afetam múltiplos sistemas. Compreender essas mudanças é fundamental para que os profissionais de saúde possam oferecer um cuidado seguro, identificar sinais de risco precocemente e diferenciar adaptações normais das condições que necessitam de intervenção.

O conhecimento das alterações esperadas permite também orientar e tranquilizar a pessoa gestante, proporcionando segurança e suporte ao longo de toda a gestação e no período pós-parto. Nos próximos tópicos, serão detalhadas as principais alterações fisiológicas, sistematizadas por sistemas do corpo humano, seguidas das alterações patológicas que podem surgir durante o período gestacional.

6.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Conhecer as alterações fisiológicas da gestação é necessário para uma boa assistência em saúde. Este conhecimento permite ao profissional tranquilizar a paciente diante das modificações esperadas durante o período gravídico, além de ser fundamental para o diagnóstico diferencial de demais condições.

6.1.1 Alteração no sistema cardiovascular

O volume plasmático aumenta em 40 a 50% a massa de glóbulos vermelhos se eleva em 25% em relação aos níveis anteriores à gravidez, resultando em anemia dilucional (anemia fisiológica da gravidez)¹.

O débito cardíaco se eleva em 30 a 40% acima dos níveis anteriores à gravidez. Esse aumento no débito cardíaco é resultado do:

- Aumento da pré-carga (decorrente do aumento do volume sanguíneo).

- Redução da pós-carga (decorrente do declínio da resistência vascular sistêmica, que se inicia por volta da 5^a semana de gestação).
- Aumento da frequência cardíaca.

A FC em repouso começa a aumentar no 1º trimestre, com um aumento médio de 10 a 30bpm. A frequência cardíaca diminuiu por volta da 40^a semana, para uma mediana de 89bpm. O limite superior da FC em repouso normalmente não é superior a 115bpm. Uma frequência cardíaca superior a 115bpm justifica avaliação¹.

A partir do primeiro trimestre, a PA sistólica PA diastólica e a pressão arterial média diminuem, sendo que a queda da PA diastólica é maior que a queda da PA sistólica durante a gravidez. À medida que a gravidez avança, a PA volta ao valor basal e pode ultrapassar o nível pré-gravidez no final do terceiro trimestre, conforme mostrado no gráfico abaixo¹.

6.1.2 Alterações respiratórias

Entre 65 a 75% das pessoas grávidas relatam episódios de dispneia durante o curso normal da gravidez. Geralmente, começa durante o 1º ou 2º trimestre, torna-se mais frequente durante o 2º trimestre e estabiliza durante o terceiro trimestre. O mecanismo fisiopatológico ainda não é bem compreendido, entretanto, é provável que a elevação habitual dos níveis de progesterona esteja associada à queixa¹.

Para ser considerada dispneia da gravidez, a queixa deve ser um achado isolado. Os resultados dos exames de imagem e laboratoriais, assim como da oximetria de pulso devem ser normais para a gravidez. Na presença de tosse, chiado no peito, febre, taquipneia, dor pleurítica, hemoptise, expectoração, hipoxemia, taquicardia, ritmo cardíaco irregular ou reações mediadas por imunoglobulina E (IgE) (por exemplo, urticária) ou outros sinais e sintomas, deve-se investigar outras causas e pensar em diagnóstico diferencial.

Na primeira metade da gestação, o diagnóstico diferencial é semelhante ao de pacientes que não estão grávidos. No terceiro trimestre ou pós-parto, etiologias relacionadas à gravidez, como

pré-eclâmpsia com características graves, cardiomiopatia periparto, embolia pulmonar e sepse, também devem ser consideradas¹.

No curso da gravidez, pode haver aumento do ângulo subcostal de 60° para até 103°, aumento do diâmetro do tórax (≥ 2 cm), elevação do diafragma 4 cm acima de sua posição normal de repouso. A excursão diafragmática durante a respiração não é prejudicada e aumenta em até 2 cm.

A capacidade residual funcional diminui em aproximadamente 20% durante a segunda metade da gravidez, devido a uma diminuição no volume de reserva expiratória e no volume residual. O volume corrente aumenta em até 40%, enquanto a frequência respiratória permanece essencialmente inalterada durante a gestação¹.

6.1.3 Alterações hematológicas

As principais alterações hematológicas durante a gravidez estão descritas no quadro abaixo.

A gravidez normal é um estado pró-trombótico, uma vez que as pessoas que gestam apresentam um aumento acentuado em alguns fatores de coagulação, redução da fibrinólise e aumento da reatividade plaquetária.

Quadro 31 – Principais alterações hematológicas durante a gravidez

(continua)

Volume plasmático	Aumento de 30 a 50%
Massa de glóbulos vermelhos	Aumento de 20 a 30% (aumentar entre 8 e 10 semanas de gestação)
Concentração de hemoglobina	Redução (a concentração mais baixa de hemoglobina é normalmente medida entre 28 e 36 semanas)
Vida útil dos glóbulos vermelhos	Discreta redução

Quadro 31 – Principais alterações hematológicas durante a gravidez

(conclusão)

Eritropoietina	Aumento de até 50%
Volume corpuscular médio	Discreto aumento
Contagem de plaquetas	De nenhuma alteração até discreta redução (normalmente, entre 100.000 e 149.000/microL)
Contagem de glóbulos brancos	Aumento (neutrofilia)
Contagem de linfócitos	Sem alteração
Contagem de monócitos	Sem alteração
Contagem de basófilos	De nenhuma alteração até discreta redução
Contagem de eosinófilos	De nenhuma alteração até discreto aumento
Tempo de protrombina	Discreta redução
Tempo de hemorragia	Sem alteração
Fibrinogênio, fatores II, VII, VIII, X, XII, XIII	Aumento de 20 a 200 %

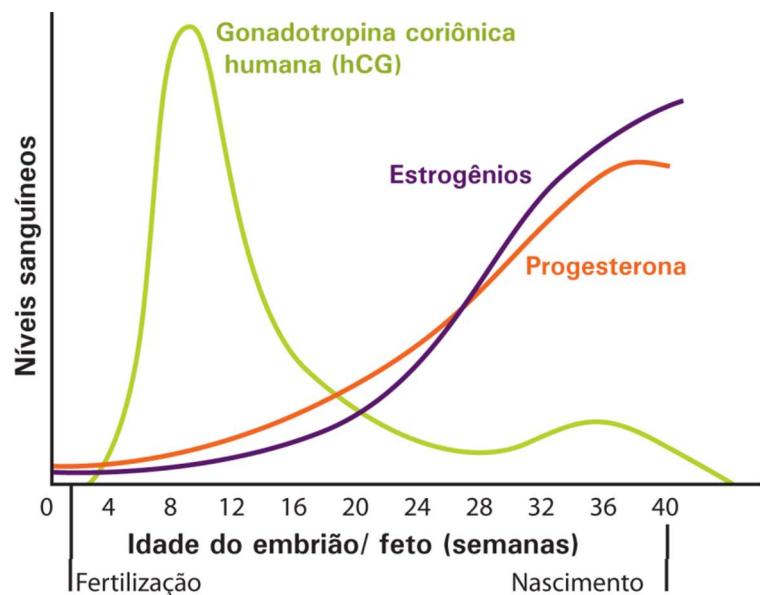
 Fonte: Ministério da Saúde, 2012¹.

No período pós-parto, o volume plasmático diminui imediatamente após o parto e no quinto aumenta novamente. Geralmente, o volume plasmático retorna aos níveis normais seis semanas após o parto.

A contagem de glóbulos brancos cai para a faixa normal de antes da gestação no sexto dia pós-parto. A anemia fisiológica desaparece seis semanas após o parto. Para a maioria das pessoas gestantes, a contagem de plaquetas permanece dentro da faixa normal durante a gravidez e pós-parto. Para aquelas com trombocitopenia gestacional, os valores retornam ao normal de três a quatro semanas após o parto.

A normalização pós-parto dos parâmetros de coagulação e o retorno ao risco tromboembólico basal geralmente ocorrem de seis a oito semanas após o parto.

Figura 9 – Secreção hormonal ao longo da gestação



Fonte: Modificado de Tortora, 2002⁴¹.

6.1.4 Alterações musculoesqueléticas

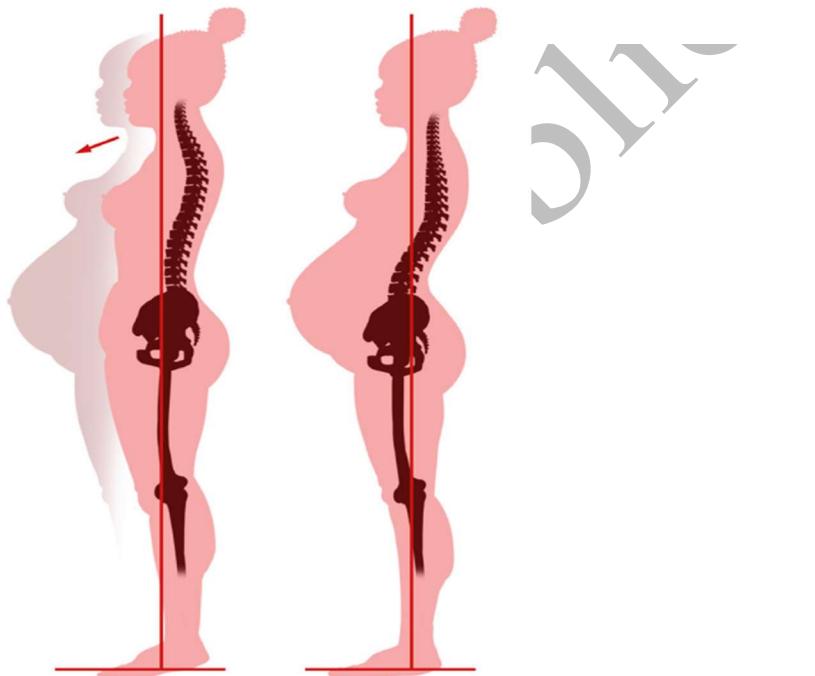
Muitas alterações musculoesqueléticas da gestação parecem ser mediadas pelo hormônio relaxina, produzido pelo corpo lúteo, pela decídua e pela placenta.

Durante a gestação, as principais modificações musculoesqueléticas são:

- Aumento em até duas vezes da força sobre articulações.
- Exacerbação da lordose da região lombar, da flexão do pescoço e do movimento descendente dos ombros.
- Mudança no centro de gravidade.
- O alongamento e a separação dos músculos abdominais, que dificultam a manutenção de postura neutra e aumentam a pressão sobre os músculos paravertebrais.
- Frouxidão articular nos ligamentos longitudinais anterior e posterior da coluna lombar, que causa instabilidade na coluna lombar e pode predispor à dores musculares.
- Alargamento e aumento da mobilidade das articulações sacroilíacas e da sínfise púbica.
- Aumento na inclinação anterior da pelve.

- Aumento do uso dos músculos extensores do quadril, adutores e flexores plantares do tornozelo.
- A postura é ampliada para manter o movimento do tronco. Isso pode resultar em alterações na marcha.
- A frouxidão ligamentar pode afetar a estabilidade de todas as articulações que suportam peso¹.

Figura 10 – Ilustração das modificações posturais causadas pelo crescimento uterino



Fonte: Modificado de Zugaib, 2012⁴².

6.1.5 Alterações do sistema urinário

Durante a gestação, o sistema urinário passa por diversas adaptações anatômicas e funcionais, necessárias para atender às novas demandas metabólicas e hemodinâmicas do organismo. Essas modificações favorecem a eliminação de metabólitos, a regulação do volume plasmático e o equilíbrio hidroeletrolítico, mas também podem ocasionar sintomas e achados laboratoriais que, embora fisiológicos, requerem interpretação cuidadosa para não serem confundidos com condições patológicas.

Entre as principais alterações observadas, destacam-se:

- Aumento na taxa de filtração glomerular, resultando em uma queda fisiológica na concentração sérica de creatinina.
- Alcalose respiratória crônica.
- Hiponatremia leve e assintomática.
- Aumento do metabolismo do ADH e poliúria em alguns indivíduos.
- Aumento da frequência urinária (micção >7 vezes por dia) e da noctúria (micção ≥ 2 vezes à noite).
- Dilatação ureteral fisiológica (hidronefrose e hidroureter), decorrente dos efeitos hormonais, da compressão externa e de alterações intrínsecas na parede ureteral.
- Aumento da excreção urinária de proteínas, de 100 mg/dia (não gravídico) para aproximadamente 150 a 200 mg/dia no terceiro trimestre.
- Glicosúria, causada pela diminuição da reabsorção tubular proximal de glicose, observada em aproximadamente 50% das gestantes em testes com fita reagente.
- Incontinência urinária, relacionada à pressão uterina sobre a bexiga, aos efeitos hormonais nos ligamentos suspensores da uretra e/ou à função neuromuscular alterada do esfínter uretral¹.

6.1.6 Alterações cutâneas

As principais alterações cutâneas observadas na gestação são:

- **Eritema Palmar:** limitado à eminência hipotenar e/ou tenar ou difuso. É observado em aproximadamente 66% das gestantes de pele clara e 33% das gestantes de pele escura.
- **Aranhas vasculares:** se desenvolvem em aproximadamente 66% das pessoas gestantes de pele clara e 11% das pessoas gestantes de pele escura, geralmente aparecendo entre o segundo ao quinto mês de gravidez.
- **Hiperpigmentação** na face, na linha média (que se torna a linha nigra), na pele periareolar, mamilos, axilas, genitália, períneo, ânus, parte interna das coxas e pescoço.

- **Varizes das extremidades inferiores:** acomete até 50% das pessoas grávidas, sendo mais comum no terceiro trimestre.
- **Varicosidades anorrectais (hemorroidas):** afeta até 70% das pessoas grávidas. Dor e sangramento parecem ser mais comuns no terceiro trimestre, enquanto o prurido perianal parece estar distribuído igualmente entre os trimestres.
- **Varicosidades vulvares:** o sinal de Jacquemier refere-se à distensão venosa no vestíbulo e na vagina e está associado a varicosidades vulvares.
- **Estrias gravídicas:** começam como manchas lineares rosadas/violáceas, do sexto ao sétimo mês de gestação. Eles são mais proeminentes no abdômen, seios e coxas, mas também podem surgir na parte inferior das costas, nádegas, quadris e braços. Não desaparecem, mas evoluem para depressões lineares, com rugas finas e hipopigmentação ao longo de um período de meses a um ou dois anos após o parto.
- **Prurido:** afeta até 40% das pessoas gestantes. Destes, mais de 60% apresentam prurido sem qualquer erupção cutânea ou causa subjacente que não seja a gravidez, portanto fisiológico da gestação. A localização mais comum é o abdome.
- **Marcas na pele** (molusco fibroso gravídico, acrocórdon) se desenvolvem na face, pescoço, axilas, tórax, virilha e área inframamária durante a segunda metade da gravidez e podem regredir no pós-parto¹.

6.1.7 Alterações gastrointestinais

O aumento do volume uterino contribui para um deslocamento céfálico do estômago, modificando o ângulo da junção gastroesofágica, em prejuízo da função do esfínter esofágico. A diminuição da função cardíaca, acompanhada do aumento da secreção do suco gástrico observado na gravidez, propiciam a ocorrência de refluxo gastroesofágico que leva a um quadro de pirose e até mesmo de esofagite.

A hérnia hiatal é uma patologia que está presente em 27% das pessoas gestantes nos meses finais da gestação. Devido a ação da progesterona e do aumento uterino que desloca o piloro para cima e para trás, o esvaziamento gástrico é mais lento. Esta situação se agrava durante o trabalho de parto devido à dor, à ansiedade, e ao uso de opioides. O volume do suco gástrico

pode estar aumentado em até 25 ml com um pH inferior a 2,5. Como a pressão do esfíncter esofágico inferior está diminuída e a pressão intragástrica está muito elevada, a possibilidade de regurgitação é muito grande, principalmente quando o decúbito dorsal for adotado. Os opioides, assim como os anticolinérgicos, diminuem o tônus do esfíncter esofágico e retardam o esvaziamento gástrico. Pelos motivos expostos, toda pessoa grávida deve ser considerada como portadora de estômago cheio e o anestesiologista deve ter sempre em mente a grande possibilidade de ocorrência de regurgitação e vômitos mesmo ante uma simples sedação¹.

6.2 CONDIÇÕES FREQUENTES MATERNAIS INFLUENCIADORAS NO RISCO GESTACIONAL

Para consultar as condições e condutas pertinentes às condições que interferem no risco gestacional consulte o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.

Figura 11 – Manual Técnico de Gestação de Alto Risco



Fonte: Brasil, 2022²¹.

7 O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO/PARCERIA

O Pré-Natal do Parceiro é uma ferramenta que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens/parcerias em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde. Esse envolvimento – independentemente de ser genitor biológico ou não – pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles e suas parceiras e filhos (as)²⁰.

A estratégia Pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando os a participarem das atividades educativas, buscando a integralidade no cuidado a esta população que habitualmente não utiliza os serviços de saúde.

No momento em que a pessoa com útero e/ou parceiro/parceria procura o serviço de saúde com a suspeita de uma gravidez, deve ser realizado um acolhimento humanizado. Caso a parceria não possa estar presente, deve ser explicado para a pessoa grávida a importância do envolvimento desta.

Durante o atendimento, é importante que o profissional resgate o histórico deste usuário com o tema da parentalidade, no sentido de conhecer suas experiências e vivências pregressas e expectativas quanto ao desempenho deste importante papel afetivo e social, a fim de captar quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, dialogando de maneira sensível e construindo junto possíveis estratégias de enfrentamento. Talvez não seja logo no primeiro encontro que o profissional abordará questões ligadas à intimidade do usuário, mas ao longo do processo.

Independentemente do resultado do teste rápido de gravidez ou do exame laboratorial, esse primeiro contato deve ser aproveitado para incorporar o homem nas ações voltadas para o cuidado integral à saúde. É oportuno ofertar, já no primeiro contato, os testes rápidos de sífilis, hepatites B e C e HIV e o aconselhamento. Na consulta de retorno, o teste de gravidez apresentando resultado positivo, deve-se iniciar a rotina de pré-natal, parto e puerpério do parceiro/parceria. Esse atendimento deve ser feito pelo médico da ESF ou enfermeiro.

O pré-natal do parceiro/parceria pode ser realizado na mesma ocasião do pré-natal da pessoa grávida, ou em outro momento, sendo respeitado o desejo do casal, bem como a organização do serviço²⁰.

Figura 12 – Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde



Fonte: Brasil, 2023²⁰.

O atendimento pré-natal do parceiro/parceria é composto por cinco passos:

1º PASSO

Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

2º PASSO

Solicitar os testes rápidos e exames de rotina. O Guia do Pré-Natal do Parceiro do Ministério da Saúde sugere a solicitação dos seguintes exames:

- tipagem sanguínea e Fator Rh (no caso de a pessoa que gesta ter Rh negativo);
- testes rápidos para detecção de sífilis, HIV, hepatites B e C;
- hemograma;

- lipodograma;
- glicemia jejum;
- eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme).

Durante a consulta também deve ser realizada a aferição de Pressão Arterial, a verificação de peso/altura e cálculo de IMC, bem como o encaminhamento à consulta odontológica.

Caso seja detectada alguma alteração em algum desses exames, a parceria deve ter o acesso ao tratamento na UBS de referência.

3º PASSO

Vacinar o parceiro/parceria conforme a situação vacinal encontrada. Deve-se atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da pessoa que gesta e do bebê.

As vacinas preconizadas pelo calendário nacional de vacinação são:

- hepatite B - 3 doses (a depender da situação vacinal anterior);
- febre amarela – 1 dose (a depender da situação vacinal anterior);
- dupla adulto (dT) (previne difteria e tétano) – reforço a cada 10 anos;
- tríplice viral (previne sarampo, caxumba e rubéola) – verificar a situação vacinal anterior, se nunca vacinado: receber 2 doses (20 a 29 anos) e 1 dose (30 a 49 anos).

4º PASSO

Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens/parcerias e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a pessoa que gesta, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento humano, prevenção da violência doméstica, etc.

Seguem algumas sugestões de atividades educativas com temas voltados para o público:

- Orientação de hábitos saudáveis, como: prática de atividades físicas regulares, alimentação balanceada e saudável, diminuição ou fim do consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas;

- Realização de palestras e rodas de conversa com a população, abordando temas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; gênero, socialização masculina e impactos para a vida de homens, mulheres e crianças; sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; paternidade, como ser um pai/parceiro presente; prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina, dentre outros.

É importante lembrar que o envolvimento da parceria pode acontecer mesmo quando os dois não estiverem em um relacionamento afetivo. Para isso, é importante conversar com a pessoa grávida e saber se ela deseja que ele participe desse momento. Caso não deseje, é importante respeitar a sua decisão e perguntar se há o desejo que outra pessoa acompanhe esse processo.

5º PASSO

Esclarecer sobre o direito da pessoa que gesta a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar esta parceria a conversar sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Dialogar com os envolvidos neste processo sobre a relevância de sua participação nesses momentos, dando exemplos do que poderão fazer, como: ser encorajado(a) a clampear o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, incentivar a amamentação, dividir as tarefas de cuidados da criança com a pessoa que gestou, etc.

Além disso, o profissional deve mostrar à parceria da pessoa que gesta/pai que ao participar do parto, ele pode ajudar a: garantir um melhor atendimento para a sua parceria, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional; estimular o parto normal; diminuir a duração do trabalho de parto; diminuir o medo, a tensão e, consequentemente, aliviar a dor; aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto; diminuir a ocorrência de depressão pós-parto; favorecer o aleitamento humano; fortalecer o vínculo entre pai/parceria, pessoa que pariu e bebê.

O atendimento ao pré-natal do parceiro deverá ser registrado no prontuário do paciente e também na caderneta da gestante, que tem uma parte específica para isso no seu final²⁰.

8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIREITOS DA GESTANTE

É muito importante que a equipe de APS conheça e oriente sobre os aspectos legais e os direitos na gestação. Em forma de tópicos, estão listados os direitos da pessoa gestante no âmbito da atenção à saúde, do direito social, do direito trabalhista, do aborto, do direito reprodutivo e do direito do genitor(a).

8.1 DIREITOS DO CASAL

A orientação sobre os direitos da pessoa gestante e de seu(sua) parceiro(a) é fundamental para garantir uma gestação segura, acolhedora e amparada pela legislação. A equipe de saúde deve assegurar que ambos conheçam e exerçam esses direitos, promovendo o cuidado integral durante o pré-natal, parto e pós-parto.

- Respeito e qualidade: a pessoa que gesta tem direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade nos serviços públicos e nos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁰.
- Ser atendida com respeito e dignidade pela equipe, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- À pessoa gestante também é garantido o direito a ser chamada pelo nome que preferir e os profissionais que lhe atenderem devem estar devidamente identificados.
- Aguardar atendimento sentada e em lugar arejado.
- Caderneta da Gestante: a pessoa deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal. O cartão deve conter todas as anotações sobre o estado de saúde da pessoa gestante, o desenvolvimento do bebê e o resultado dos exames solicitados. A pessoa deve portar a referida caderneta em todos os atendimentos.
- Por ocasião do parto, a pessoa que pariu tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação.
- No momento da alta hospitalar, a pessoa no puerpério tem o direito de receber orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e o controle da saúde do bebê⁴⁰.
- A pessoa gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS⁴⁴.

- A pessoa gestante tem direito a acompanhante de sua escolha durante toda sua permanência na maternidade, inclusive durante o parto⁴⁵.
- Direito a realização de sete consultas, no mínimo, durante o pré-natal.
- Realização de exames durante a gravidez.
- À pessoa gestante é garantido o direito da entrega de laudo médico quando solicitado, bem como receber informações objetivas, compreensíveis e respeitosas quanto ao seu estado de saúde.

8.2 DIREITOS SOCIAIS

Além dos direitos relacionados à assistência em saúde, a pessoa gestante também é protegida por dispositivos legais que asseguram apoio social e condições adequadas durante a gestação e o puerpério. Esses direitos visam garantir dignidade, prioridade no atendimento e suporte financeiro quando necessário, contribuindo para a promoção da equidade e da proteção integral à gestante e ao bebê.

- A Lei nº 11.804/2008 garante prioridade no atendimento médico em instituições públicas e privadas⁴⁶.
- É assegurada prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos⁴³.
- Os genitores/pais têm o direito de registrar o bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório⁴³.
- A Lei nº 10.836/2003 garante às famílias inseridas no Cadastro Único, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e com algum integrante que esteja grávida, o direito de receber o benefício variável vinculado à gestação ou o benefício variável vinculado à pessoa que amamenta.
- É necessário que a equipe de saúde informe, logo após a primeira consulta de pré-natal, a condição de gestante do beneficiário do PBF à referência técnica do programa na SEMSA, para que esta insira tal informação no sistema⁴⁷.

8.3 RELAÇÕES DE TRABALHO

O artigo 7º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante “a toda empregada gestante direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após do parto”⁴⁴.

A confirmação da gravidez deve ser atestada por meio do exame laboratorial e médico. Isto significa que a pessoa gestante não poderá ser dispensada do emprego até 5 meses após o nascimento de seu filho. Caso seja despedida, tem direito à indenização correspondente aos salários e às demais vantagens que sejam relativos ao respectivo período. Para tanto, assim que for confirmada a gravidez, a pessoa que gesta deve informar o fato ao empregador. A comunicação ao empregador se faz mediante a apresentação do exame laboratorial e do atestado fornecido pelo médico. O profissional de saúde deve orientar a pessoa gestante com relação ao fato de que os exames dela pertencem somente a ela mesma.

Portanto, a pessoa que gesta deve apenas entregar as cópias ao empregador, assegurando-se de obter a comprovação de recebimento. Essa medida é importante para garantir o direito à estabilidade gestacional.

De acordo com a Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999:

§ 4º É garantido à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos:

- I – transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;
- II – dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

O artigo 373-A, inciso IV, da Consolidação das Leis do Trabalho proíbe a exigência, pelo empregador, de atestado ou exame, de qualquer natureza, para a comprovação de esterilidade ou gravidez da pessoa com útero, na admissão ou para a permanência no emprego. O médico não deve fornecer atestado com estas finalidades⁴⁹.

Por outro lado, o médico poderá fornecer atestado de gravidez da pessoa que gesta para que esta possa exercer a faculdade de romper o compromisso de um contrato de trabalho, desde que

seja prejudicial à gestação, nos termos previstos no artigo 394 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Enviar um e-mail com o assunto “**GESTANTE BENEFICIÁRIA DO PBF**” para livia.garcia@pnl.mg.gov.br. No corpo do e-mail, informar os seguintes dados da gestante:

- Nome completo.
- DUM (Data da Última Menstruação).
- Data de nascimento.
- Peso e altura.
- Data da primeira consulta de pré-natal.
- UBS de referência.
- NIS (Número de Identificação Social).

8.3.1 Licença maternidade

O artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal garante à empregada gestante “o direito à licença-maternidade, correspondente a 120 (cento e vinte) dias, após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios”⁵¹.

De acordo com o artigo 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a trabalhadora deve comunicar ao empregador, por meio de atestado médico, a data prevista para o início do afastamento, o qual poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e a ocorrência deste⁴⁹.

Além disso, “os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de duas semanas cada um, mediante atestado médico”⁴⁹.

Em situações de parto antecipado, a trabalhadora mantém o direito integral aos 120 (cento e vinte) dias de licença-maternidade⁴⁹.

Você sabia?

A Lei nº 15.222, de 29 de Setembro de 2025, incorporou à legislação vigente uma decisão do Supremo Tribunal Federal em que, nos casos de internações hospitalares que excedam 2 semanas, seja da parturiente ou do bebê, a licença começa a contar após a alta hospitalar da pessoa que gestou ou do recém-nascido, o que vier por último⁵⁰.

Caso a empresa tenha aderido ao programa empresa cidadã, poderá haver uma ampliação dessa licença maternidade para 180 dias.

8.3.2 Licença paternidade

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo VII dispõe sobre a licença paternidade que foi estendida de 1 (um) para 5 (cinco) dias, contando-se os 5 dias consecutivos a partir do dia útil da data de nascimento, de forma a absorver o dia autorizado pelo legislador previsto no art. 473, III da Consolidação das Leis do Trabalho⁵¹.

Caso a empresa tenha aderido ao programa empresa cidadã, poderá haver uma ampliação dessa licença paternidade por mais 15 dias, totalizando 20 dias de licença.

8.3.3 Licença maternidade nos casos de adoção

Os direitos relacionados à licença-maternidade em casos de adoção, bem como o auxílio-maternidade e outros benefícios, são assegurados pela legislação brasileira, conforme disposto na Lei nº 12.010/2009, garantindo às pessoas adotantes os mesmos direitos concedidos àquelas que pariram⁵².

Além disso, a Lei nº 12.873/2013 ampliou a proteção social ao estender o salário-maternidade ao parceiro ou parceira segurado(a) da Previdência Social nos casos de adoção, ou ainda quando a pessoa originalmente beneficiária do auxílio vier a falecer⁵³.

8.4 ESTUDANTE GRÁVIDA

Segundo a Lei no 6.202, de 17 de abril de 1975, é garantido a estudante grávida o direito à licença maternidade sem prejuízo ao período escolar a partir do oitavo mês de gestação⁵⁴.

Durante três meses, a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044, de 21 de outubro de 1969⁵⁵.

O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Em casos excepcionais devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do parto.

Em qualquer caso, é assegurado aos estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais.

8.5 VIOLÊNCIAS NA GRAVIDEZ

No atendimento de qualquer pessoa gestante vítima de violência, seja ela física, sexual ou psicológica, por pessoas próximas ou desconhecidas, o profissional deve preencher a ficha de notificação compulsória e orientar a pessoa gestante a denunciar o seu agressor nos órgãos competentes ou ligar para 180 ou 136 (Disque Saúde).

8.6 AMAMENTAÇÃO

É garantido pelo artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho que toda pessoa que amamenta deve ter dois períodos de 30 minutos cada para amamentar o seu bebê até que ele complete seis meses de vida. A mesma deve acordar com seu empregador a melhor maneira de usufruir desse tempo.

8.7 ABORTO

No caso de aborto, a pessoa que gestou tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurados seus salários e suas funções exercidas.

A prova do abortamento espontâneo faz-se por intermédio do atestado médico oficial, que a pessoa empregada deverá encaminhar ao empregador.

8.8 LUTO PARENTAL

Em maio de 2025 foi promulgada a Lei nº 15.139, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental que estabelece diretrizes para garantir um atendimento humanizado às famílias que enfrentam a perda de um filho durante ou após a gestação⁵⁶, incluindo:

- **Acomodação separada** nas maternidades para as pessoas que pariram e estão enlutadas, evitando contato com outras pessoas no puerpério e recém-nascidos.
- **Direito ao momento de despedida**, com espaço adequado e tempo suficiente para se despedir do bebê.
- **Apoio psicológico especializado** durante e após a internação.
- **Assistência social** para orientar sobre sepultamento ou cremação, conforme as crenças da família.
- **Capacitação contínua** dos profissionais de saúde para lidar com situações de luto parental.
- **Investigação das causas da perda**, quando necessário.
- **Instituição de outubro** como o Mês do Luto Gestacional, Neonatal e Infantil, promovendo ações educativas e de conscientização⁵⁶.

9 ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO

A assistência ao trabalho de parto e parto deve ser pautada nos princípios da humanização, do respeito e da segurança, garantindo às pessoas que gestam um cuidado centrado em suas necessidades e preferências. O parto é um evento fisiológico, porém permeado por aspectos emocionais, sociais e culturais que exigem uma abordagem integral e acolhedora por parte da equipe de saúde.

O acompanhamento adequado durante esse processo visa assegurar o bem-estar da pessoa parturiente e do recém-nascido, promovendo práticas baseadas em evidências científicas e evitando intervenções desnecessárias. Nesse contexto, o preparo para o parto e a valorização do parto normal são componentes fundamentais da assistência obstétrica qualificada, que reconhece o protagonismo da gestante e estimula sua participação ativa em todas as etapas do nascimento.

9.1 PREPARO PARA O PARTO

O nascimento é um momento único e especial na vida das famílias. Por ser, na maioria das vezes, um processo saudável, os profissionais de saúde desempenham o importante papel de promotores e facilitadores desta vivência, para as pessoas que gestaram e bebês⁵⁷.

Durante o trabalho de parto, a pessoa deve sentir-se segura e protegida por todos aqueles que a cercam. Deve sentir que está sendo compreendida, acolhida e que está participando ativamente do processo do trabalho de parto e parto. Os procedimentos institucionais devem ser oferecidos de acordo com as necessidades individualizadas (físicas, sociais e psicológicas) da pessoa que está parindo e seu filho, estimulando seu protagonismo⁵⁷.

A presença de um acompanhante que proporcione apoio e suporte durante o trabalho de parto, parto e após o parto é fundamental. As pessoas gestantes devem saber sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005)⁴⁵, que garante o direito a acompanhante (escolhido pela pessoa gestante, podendo ser de qualquer gênero) durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS e na rede conveniada.

As decisões durante este processo não devem ser unilaterais, portanto, as decisões devem ser compartilhadas com a pessoa que está gestante e com sua rede de apoio.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde em 2000⁴³ trouxe o conceito de humanização, que compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a pessoa que está parindo, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

Todas as pessoas gestantes devem ser orientadas, durante o pré-natal, que têm direito às boas práticas na assistência obstétrica, a terem acompanhante de livre escolha, ao apoio de doula, de usarem técnicas não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor, de não serem separadas de seus filhos e de serem informadas e consultadas sobre todas as intervenções no processo fisiológico de parturição. As pessoas gestantes também devem ser estimuladas a visitar a maternidade de referência (cf. Lei nº 11.634/2007, da vinculação para o parto)⁴⁴.

A [versão resumida das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal](#) encontra-se disponível para acesso em meio eletrônico.

9.2 PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL

Durante o acompanhamento pré-natal, toda pessoa que gesta deve ser orientada sobre os benefícios do parto normal. A cesariana (extração fetal cirúrgica) só deve ser realizada com indicação precisa, pois, quando realizada expõe a pessoa e o bebê a riscos aumentados se comparado ao parto vaginal.

No Brasil, as pessoas com útero estão inseridas num contexto sociocultural que difunde o parto cirúrgico como se este fosse o mais seguro para elas e seus bebês e isto acaba se tornando uma

crença para muitas famílias. O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade de informação e mobilização para a mudança. A cultura do parto vaginal deve ser motivada, em cada consulta de pré-natal, em cada diálogo da pessoa que gesta com profissionais de saúde, em atividades educativas, em grupos, em visitas domiciliares e demais oportunidades¹.

Quadro 32 – Benefícios do parto normal

- A recuperação física é mais rápida, facilitando o cuidado com o bebê após o parto.
- As complicações são menos frequentes, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e favorecendo o aleitamento.
- A perda de sangue e a possibilidade de infecção são menores.
- A dor após o parto é menor que em relação à cesariana.
- A amamentação é favorecida.
- Processo fisiológico, natural.
- Ocorrem menos problemas respiratórios para o bebê.
- Existe menor chance de o bebê nascer prematuro.
- O tempo de internação hospitalar é menor.
- Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil.
- Na maioria das vezes, o bebê vai direto para o colo da pessoa que pariu.
- Passar pelo trabalho de parto é muito importante para o bebê, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde¹.

Quadro 33 – Riscos da cesariana

(continua)

- Complicações da anestesia e da cirurgia.
- Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia.
- Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos.
- Hospitalização prolongada.
- Maior chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação do bebê.
- Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero.

Quadro 33 – Riscos da cesariana

(conclusão)

- Separação da pessoa que pariu-bebê nas primeiras horas após o parto e demora na descida do leite humano.
- Mais riscos de o bebê desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta.
- Mais riscos do bebê de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.

 Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde¹.

Quadro 34 – Indicações reais de cesariana

- Prolapso de cordão – com dilatação não completa.
- Descolamento da placenta fora do período expulsivo.
- Placenta prévia parcial ou total.
- Ruptura de vasa prévia.
- Apresentação córica (situação transversa).
- Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto.

 Fonte: Ministério da Saúde, 2017⁵⁷.

Quadro 35 – Não se constituem indicações absolutas de cesariana

(continua)

- Gestante adolescente.
- Presença de quadro de anemia.
- Baixa estatura da pessoa que gesta.
- Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto.
- Macrossomia fetal - avaliação individualizada.
- Ameaça de parto prematuro.
- Amniorrexe prematura.
- Cesárea anterior.
- Circular de Cordão Umbilical.
- Diabetes gestacional.

Quadro 35 – Não se constituem indicações absolutas de cesariana

(conclusão)

- Trabalho de parto prematuro.
- Desproporção céfalopélvica sem sequer a pessoa gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm.
- Pressão arterial alta ou baixa.
- Grau da placenta.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Infecção urinária.
- Presença de grumos no líquido amniótico.
- Gravidez prolongada.
- Falta de dilatação antes do trabalho de parto.

 Fonte: Ministério da Saúde, 2017⁵⁷.

Quadro 36 – Situações especiais em que a conduta deve ser individualizada

- Apresentação pélvica.
- HIV/AIDS.
- Duas ou mais cesáreas anteriores.
- Situações que podem acontecer, porém frequentemente são diagnosticadas de forma equivocada.
- Desproporção céfalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto).
- Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora).
- Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais.

 Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde¹.

Quadro 37 – Condutas contraindicadas de rotina de assistência ao parto

(continua)

- Lavagem intestinal.
- Episiotomia.
- Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê).
- Soro com ocitocina.

Quadro 37 – Condutas contraindicadas de rotina de assistência ao parto

(conclusão)

- Raspagem dos pelos pubianos.
- Jejum.
- Imobilização durante o trabalho de parto.
- Romper a bolsa de líquido amniótico.

Fonte: Ministério da Saúde, 2017⁵⁷.

9.3 PLANO DE PARTO

O plano de parto é uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a pessoa gestante refletiu. Não existe fórmula para a elaboração de um plano de parto. Ele pode conter desde as preferências sobre o ambiente (por exemplo: preferência por ambientes com baixa iluminação durante o parto) até informações sobre a escolha do(s) acompanhante(s), escolha dos procedimentos que deseja ou que prefere evitar de acordo com cada contexto. Funciona como uma carta, em que a pessoa que gesta diz como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto e como deseja que seu bebê seja cuidado após o nascimento.

A OMS e o MS recomendam a elaboração de um plano de parto. Existe relação positiva entre a apresentação do plano de parto e o aumento da prevalência do contato pele a pele com o RN, do clampeamento tardio do cordão umbilical e das taxas de partos vaginais, consequentemente reduzindo os gastos relacionados à saúde e às hospitalizações da pessoa no puerpério e do RN¹.

O maior valor do plano de parto é propiciar uma maior reflexão e compreensão sobre os cuidados obstétricos. É papel do profissional orientar as pessoas que gestam e as famílias sobre quais são as melhores práticas de atenção ao parto e ao nascimento, para que façam uma escolha informada sobre suas preferências e opções.

Constitui-se como um exercício que leva informação, fazendo com que a pessoa esteja melhor preparada para conversar com o profissional técnico que a acompanha no pré-natal e no parto. Não se trata, portanto, de uma lista de exigências, mas de um ponto de partida para a conversa.

Na Caderneta da Gestante, entregue na primeira consulta de pré-natal, há um espaço destinado para a pessoa que gesta preencher o plano de parto. Ele deverá ser preenchido durante o pré-natal (em uma consulta ou durante uma atividade educativa) e conhecido pela parceria, equipe de assistência na maternidade e, caso seja desejo da pessoa que gesta, pela família. Existe um modelo municipal de Plano de Parto, disponibilizado na Oficina do Nascer.

9.4 IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A presença de contrações sintomáticas no fim da gravidez pode levar ao falso diagnóstico de trabalho de parto, acarretando várias visitas ao hospital, frustração e desconforto para a pessoa que gesta. Durante o acompanhamento pré-natal, a pessoa deve ser orientada sobre como reconhecer a fase ativa do trabalho de parto e quais os sintomas que sinalizam a necessidade de procurar avaliação clínica. Este conhecimento irá reduzir a chance de admissão hospitalar precoce e a ansiedade materna⁵⁶.

As pessoas gestantes e a rede de apoio devem ser orientadas sobre as contrações preparatórias (também chamadas contrações de treinamento), que costumam ocorrer a partir de 34 semanas e se caracterizam por serem leves, irregulares e pouco frequentes.

Ao contrário das contrações preparatórias, as contrações e trabalho de parto são regulares, fortes, persistentes e com frequência mínima de 2 a 3 contrações a cada 10 minutos⁵⁷.

Orientações às pessoas gestantes sobre o momento de se dirigir à maternidade no provável dia do nascimento do bebê:

- Reconhecimento da fase ativa do trabalho de parto: contrações rítmicas e regulares com intervalo menor que 5 minutos entre elas. As pessoas envolvidas devem ser orientadas sobre a diferença entre fase latente e fase ativa do trabalho de parto. A fase latente pode durar horas ou até dias, com contrações irregulares e pouco dolorosas. Na fase ativa, entretanto, as contrações apresentam intervalo progressivamente menor com intensidade dolorosa progressivamente maior. A pessoa parturiente não sente alívio da dor com banho de chuveiro e não se sente confortável deitada.

- Ruptura da bolsa amniótica: As pessoas que gestam e suas famílias devem ser orientadas que a rotura de membranas não constitui uma emergência, mas que sempre que houver suspeita de perda de líquido amniótico pela vagina, deve-se dirigir a uma maternidade para uma avaliação obstétrica^{1, 56}.

9.5 PREPARO PARA O ALEITAMENTO HUMANO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre a pessoa que amamenta e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional, em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da pessoa que amamenta⁵⁷.

O leite humano contém todos os nutrientes essenciais para o desenvolvimento da criança e é capaz de suprir, sozinho, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses de vida e continua como uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida⁵⁷.

Por meio do leite humano são transferidos da pessoa que amamenta para o bebê não somente anticorpos e imunoglobulinas, como também fatores antibacterianos e antiviróticos, o que confere ao bebê proteção contra infecções. O aleitamento humano é considerado, portanto, a primeira imunização da criança. Está relacionado dessa forma com a redução da mortalidade infantil e na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. Há fortes evidências de que o leite humano protege contra diarreia, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, e, em longo prazo, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade. A associação entre o aleitamento humano e redução na prevalência de câncer de mama na pessoa que amamentou já está bem estabelecida. Estima-se que a cada 12 meses de duração da amamentação, o risco de desenvolver a doença diminui 4,3%. A amamentação é uma forma especial de comunicação entre a pessoa que amamenta e o filho, fortalecendo os laços afetivos entre eles⁵⁷.

Durante o acompanhamento pré-natal, quer seja em grupo, quer seja no atendimento individual, é importante abordar os seguintes aspectos:

- Planos da pessoa que gesta com relação à alimentação da criança.
- Experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento humano.
- Importância do aleitamento humano.
- Vantagens e desvantagens do uso de leite não humano.
- Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação.
- Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las (muitas pessoas “idealizam” a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade).
- Comportamento normal de um recém-nascido.
- Vantagens e desvantagens do uso de chupeta, mamadeira, succão digital e descrição de hábitos orais deletérios.

9.6 CUIDADOS COM AS MAMAS DURANTE O PRÉ-NATAL

Não existem preparos ou procedimentos especiais com as mamas durante a gravidez. O importante é esclarecer a pessoa gestante sobre a anatomia da mama e sua fisiologia, como também as modificações da mama lactante no puerpério, as fases da apojadura, ingurgitamento fisiológico, mudanças na composição do leite humano (colostro/leite de transição/maduro)⁵⁷.

É relevante também iniciar a orientação quanto à pega correta da mamada já durante o pré-natal. O uso de sutiã deve ser encorajado e este deve sustentar as mamas por inteiro e de forma confortável. Este não deve apertar as mamas. Já pode-se ensinar, durante o pré-natal sobre a utilização de rosquinhas de tecido com o objetivo de manter os mamilos secos e arejados após o início da amamentação, favorecendo a cicatrização de eventuais lesões e contribuindo para a prevenção de infecções, como a candidíase mamária⁵⁷, desencorajando a aquisição de absorventes mamários e outros acessórios que possam manter a região úmida.

10 PUERPÉRIO E ALEITAMENTO HUMANO

O puerpério e o aleitamento humano constituem uma etapa fundamental do ciclo gravídico-puerperal, marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. É um período de adaptação em que o corpo retorna gradualmente às condições pré-gravídicas e a pessoa que gestou inicia uma nova dinâmica de vida, assumindo o cuidado com o recém-nascido e reorganizando sua rotina familiar.

A assistência qualificada nesse momento deve contemplar ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos e apoio ao aleitamento materno, reconhecendo as singularidades de cada família e suas redes de apoio. O cuidado à pessoa no puerpério requer escuta ativa, acolhimento e acompanhamento contínuo, visando à identificação precoce de complicações físicas e emocionais, bem como ao fortalecimento do vínculo entre mãe, bebê e família. Além disso, o aleitamento humano deve ser incentivado desde o início do pós-parto, como prática essencial para a saúde e o desenvolvimento infantil, sendo também um importante fator de proteção para a saúde física e mental da pessoa que amamenta.

10.1 PUERPÉRIO

O cuidado da pessoa no puerpério merece algumas considerações específicas. Deve incluir o parceiro/parceria, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisto), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as pessoas. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à parentalidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciam a passagem desse período¹. Para fins de organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em:

Quadro 38 – Fases do puerpério

Puerpério imediato	Do 1º ao 10º dia após o parto
Puerpério tardio	Do 11º ao 45º dia após o parto
Puerpério remoto	Após 45º dia com término imprevisto

Fonte: Ministério da Saúde¹.

Com o objetivo de minimizar as perdas sanguíneas, o útero se contrai próximo à cicatriz umbilical logo após o parto. Duas semanas após o parto o útero pode ser palpado intrapélvico e, na sexta semana de puerpério, atinge seu tamanho normal. O colo uterino encontra-se fechado em uma semana após o parto. Nos casos em que exista infecção intrauterina ou que a placenta não tenha sido expulsa completamente, a contração uterina adequada não acontece e o sangramento persiste¹.

O sangramento que acontece após o parto (lóquios) apresenta características diferentes com o passar do tempo. Inicialmente, é sanguinolento (lóquia rubra), tornando-se serossanguinolento e, ao final de duas a três semanas, torna-se mucoso (lóquia alba)¹.

Após o parto vaginal, é comum hiperemia e edema da mucosa vaginal, assim como edema da região perineal. O profissional de saúde deve orientar a lavagem da região perineal com água e sabão, não sendo necessária a aplicação de nenhuma pomada, creme ou spray no local. Em partos vaginais traumáticos, podem-se utilizar compressas de gelo para diminuir o edema e o desconforto local. As duchas vaginais são contraindicadas. A doença hemorroidária também é comum durante o período do puerpério, devido ao aumento da pressão abdominal durante o período expulsivo do trabalho de parto, ocasionando dor e desconforto local. O tratamento cirúrgico só é indicado nos casos de trombose. Quando a dor for significativa, recomendam-se dietas laxativas, aplicação de cremes contendo anestésicos e anti-inflamatórios e banhos de assento¹.

Edema simétrico de membros inferiores pode ser observado até o 10º - 12º dia pós-parto. A presença de taquicardia no puerpério sugere perda sanguínea excessiva, descompensação cardíaca ou infecção. Pessoas no puerpério que apresentam hipertensão arterial grave (PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 mmHg) devem ser encaminhadas para avaliação na maternidade de referência¹.

A presença de febre (temperatura axilar maior ou igual a 38°C **após** as primeiras 24h pós-parto) é o principal sintoma de infecção e constitui sinal de alerta para o profissional de saúde. Pessoas no puerpério que apresentem febre devem ser encaminhadas à maternidade de referência para avaliação e definição do foco infeccioso¹.

As principais causas de infecção durante o puerpério são⁵⁸:

- **Infecção ascendente do trato reprodutivo:** incluem endometrite e abordo séptico.
- **Infecção do sítio cirúrgico:** relativamente comuns após o parto cesáreo (2 a 7%), podendo também ocorrer nos locais de episiotomia ou laceração perineal.
- **Pielonefrite:** febre associada à infecção urinária confirmada por exame laboratorial (urina rotina, Gram de gota e/ou urocultura).
- **Infecção de ferida operatória pós-cesariana:** manifesta-se mais frequentemente entre o quinto e sétimo dia de puerpério. Em casos leves, com acometimento apenas da pele /epiderme. Em casos de celulite com comprometimento sistêmico (febre) ou abscesso, recomenda-se internação e antibioticoterapia venosa, além de exploração de ferida operatória.
- **Tromboflebite pélvica séptica e outras infecções pélvicas:** deve-se suspeitar em pacientes com febre persistente em um padrão de picos, apesar de terapia antibiótica adequada para as demais condições acima descritas por mais de 3 a 5 dias⁵⁸.

O período pós-parto é uma fase sensível e de grandes adaptações para a pessoa que gestou, pois envolve o cuidado com o recém-nascido, além de transformações físicas, emocionais e sociais que impactam o cotidiano e as relações interpessoais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da pessoa que gestou neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos. Além das frustrações devido às expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da parentalidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada e organizada para tudo que se apresenta nesse momento⁵⁹.

É comum observar nas pessoas que estão no puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade) que podem surgir durante os primeiros momentos da pessoa que gestou com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela

mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa pessoa. É um momento muito esperado pela pessoa que gestou, mas, apesar disso, pode não se sentir bem. Esse estado depressivo mais brando é conhecido como baby blues ou blues puerperal, ocorre em 70% a 90% das pessoas no puerpério e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas – que exigem adaptações – e às perdas vividas pela pessoa nessa fase de transição⁵⁹.

Os profissionais da APS devem estar atentos e preparados para apoiar toda a família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersectorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase.

10.2 AÇÕES DO 5º DIA

As ações do 5º dia são ações de acolhimento da pessoa no puerpério e do recém-nascido (RN). Deve-se iniciar com escuta do que a pessoa no puerpério tem a dizer, incluindo possíveis queixas, e estimulá-la a fazer perguntas e esclarecer as dúvidas⁶⁰.

10.2.1 Consulta do quinto dia da pessoa que está no puerpério

No quinto dia pós-parto, deve-se avaliar todas as pessoas que estão no puerpério. Esta avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro ou médico de família, aproveitando a ida da criança à UBS para a realização do teste do pezinho. Pessoas no puerpério que apresentem sintomas como febre, secreção purulenta, hemorragia ou hipertensão grave devem ser encaminhadas para avaliação médica imediata e posterior encaminhamento à maternidade de referência para propedêutica e, se necessário, reinternação. Pessoas que apresentaram complicações no parto ou puerpério, tais como pré-eclâmpsia, infecção puerperal, mastite, hemorragia pós-parto, depressão pós-parto ou outras intercorrências clínicas, mesmo que controladas no momento da

consulta do 5º dia, devem ser encaminhadas para avaliação imediata pelo médico de família e, assim que possível, pelo ginecologista da UBS¹.

No momento da atenção à pessoa no puerpério, durante a anamnese, deve-se verificar o Cartão da Gestante e o resumo de alta hospitalar; perguntar sobre as condições da gestação (uso de medicamentos, intercorrências na gestação, se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV) e do atendimento ao parto (data, tipo de parto, se cesariana, qual a indicação; intercorrências no parto ou no pós-parto, como febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, isoimunização pelo fator Rh) e questionar sobre aleitamento humano, frequência das mamadas durante o dia e à noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas¹.

É oportuno, nesse momento, perguntar como está a alimentação, o sono e atividades da rotina doméstica; deve-se orientar sobre a questão de dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias e febre; deve-se avaliar, ainda, as condições psicoemocionais, como o humor, preocupações, desânimo e fadiga, estando alerta para quadros de depressão.

Ainda deve-se observar as condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas) e estimular a estabelecer uma rede de apoio social.

Durante o exame físico completo dessa pessoa, deve-se atentar e observar para a presença de edema, as características da ferida operatória e durante a palpação abdominal verificar a condição do útero e se há dor à palpação. Ao examinar mamas, deve-se verificar a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação. Durante o exame do períneo e dos genitais externos, deve-se verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios; se foi parto normal, episiotomia ou laceração¹.

Deve-se avaliar o momento da retirada dos pontos da cicatriz cirúrgica e orientar sobre os cuidados locais.

Com o objetivo de repor as reservas corporais da pessoa que pariu, todas as pessoas até o terceiro mês pós-parto devem ser **suplementadas com ferro**, mesmo que por algum motivo estejam impossibilitadas de amamentar (40 mg de ferro elementar/dia). A suplementação também é recomendada nos casos de abortos (40 mg ferro elementar/dia até o terceiro mês pós-aborto)¹.



Agendar a segunda consulta de avaliação no período puerperal, até 42 dias após o parto.

Todo atendimento deve ser registrado no prontuário. No momento do registro em prontuário eletrônico atentar-se para finalizar a gestação, por nascimento ou interrupção, informando os códigos CIAP2 ou CID10 relacionados.

10.2.2 Avaliação do recém-nascido

A avaliação de todos os RN no quinto dia pós-parto deve ser realizada pelo enfermeiro ou médico de família, que devem aproveitar a ida da criança à UBS para a realização do teste do pezinho⁶⁰.

Alguns pontos fundamentais não podem ser esquecidos na consulta do quinto dia: perguntar e anotar as condições de alta do recém-nascido, verificar o preenchimento correto da Caderneta de Saúde da Criança, observar e orientar a mamada, reforçar a importância do aleitamento humano exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, fazer exame físico completo e avaliar a criança de forma integral. Um dos pontos chaves dessa avaliação é identificar o recém-nascido de risco, segundo o Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança (2021) ou outro que o vier a substituir⁶¹. Caso sejam identificados a presença de um dos “critérios principais” ou dois ou mais “critérios associados”, solicitar avaliação médica. O quadro abaixo apresenta esse critério.

Quadro 39 – Critérios para estratificação de risco da criança

(continua)

CLASSIFICAÇÃO	FATORES
Risco habitual	Risco inerente ao ciclo de vida da criança
Risco médio	Criança sem realização de triagem neonatal Desmame antes do 6º mês de vida Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais Sobre peso Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado Cárie precoce Mãe adolescente (menor que 18 anos) Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo Mãe sem suporte familiar Chefe da família sem fonte de renda Mãe com menos de 4 consultas pré-natal Mãe com antecedente de um filho nascido morto
Risco alto	Mãe com história de exantema durante a gestação Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitável Pais com dependência de álcool e outras drogas Mãe ausente por doença, abandono ou óbito Baixo peso: <2.500g Prematuridade \leq 36 semanas e 6 dias RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central Asfixia perinatal e/ou apgar \leq 6 no 5º minuto Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão Infecções crônicas do grupo STORCHS + HIV + Zika confirmadas ou em investigação Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária

Quadro 39 – Critérios para estratificação de risco da criança

(continuação)

CLASSIFICAÇÃO	FATORES
Risco alto	Sinais de violência
	Desnutrição grave
	Obesidade
	Intercorrências repetidas com repercussão clínica
	Três ou mais internações nos últimos 12 meses
	Gravidez e ou criança manifestada indesejada
	Depressão pós-parto
	Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica

 Fonte: Protocolo de Atenção à Saúde da Criança – 0 a 2 anos – Nova Lima 2021⁶¹.

Deve-se observar a realização dos cinco testes realizados pelo SUS no município de Nova Lima: teste do pezinho ampliado⁶², orelhinha, linguinha, coraçãozinho e olhinho. Por meio da Lei Estadual 25.420, de 31 de julho de 2025, no estado de Minas Gerais passou a ser oferecido também o Teste da Bochechinha, que pode detectar até 340 anomalias congênitas. Porém, o fluxo de coleta e avaliação do teste ainda não foi estabelecido⁶². Verificar a situação vacinal e atualizar o cartão, se necessário.

10.2.3 Avaliação do vínculo mãe-bebê

O vínculo mãe-bebê é um relacionamento de dependência afetiva mútua e de cuidados entre a mãe e o bebê, que inicia seu desenvolvimento durante a gestação e se consolida após o nascimento, e que é percebido, objetivamente, por meio dos cuidados dedicados da mãe para seu bebê⁶³.

Alguns fatores impactam positivamente na formação desse vínculo, como o contato prolongado entre a mãe e seu bebê nas primeiras horas após o parto, suporte básico a essa mãe nos dias posteriores ao parto, o empoderamento materno em relação aos cuidados com seu filho⁶³.

O profissional de saúde deve observar se há contato olho a olho entre a mãe e seu bebê, se ela toca o seu filho, se ele sorri para ela, se ela conversa com ele e se preocupa, antecipa as necessidades do bebê e se ela atende as necessidades dele. Esse comportamento da mãe em relação ao seu filho é um forte indício que houve o estabelecimento desse vínculo⁶³.

O profissional deve tentar compreender os sentimentos de ansiedade, angústia, culpa e impaciência que a mulher pode carregar consigo, buscar compreender ainda as relações, as atitudes e os apoios dos familiares, e buscar o alívio dessas tensões para melhorar a assistência à criança.

10.2.4 Avaliação do Aleitamento Humano

Em todas as consultas é importante observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da areola. O posicionamento inadequado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite extraído, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos¹.

Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o 3º e o 5º dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual e armazenamento. A abordagem ao Aleitamento Humano (incentivo e apoio) deve ser de preferência interdisciplinar e intersetorial, garantindo cuidados e orientações não só às pessoas gestantes e em puerpério, mas também às parcerias e todo núcleo familiar⁵⁷.

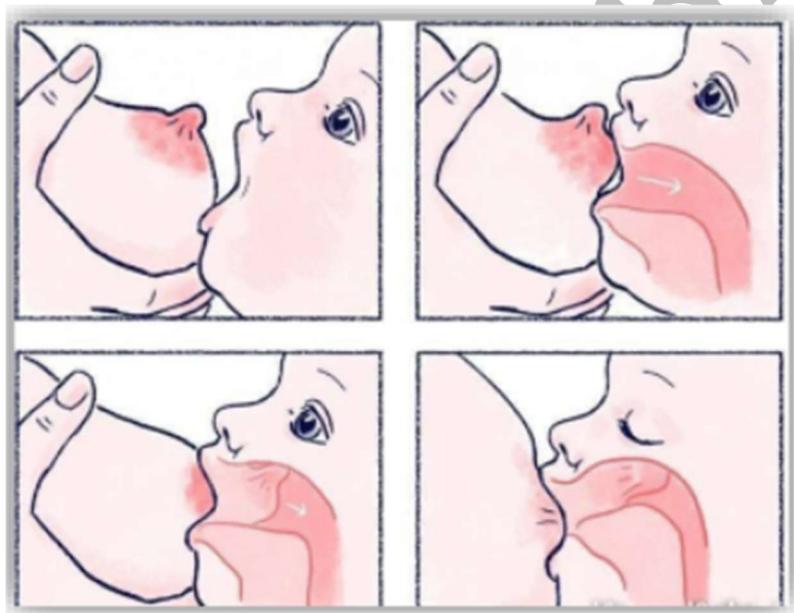
Essas ações devem se iniciar no pré-natal e prosseguir na maternidade, antes, durante e após o parto, nas visitas domiciliares e em todos os momentos em que a pessoa que amamenta comparecer à UBS.

É importante reforçar que a pessoa gestante deve ser informada de seu direito em amamentar seu filho ao nascer (aleitamento humano na primeira hora de vida), desde que seja possível, de acordo com as condições clínicas da criança e da pessoa puérpera, assim como o direito de ter acompanhante na sala de parto.

Após o parto, durante o período de amamentação, o profissional deve recomendar para a pessoa que amamenta:

- Escolher uma posição confortável para amamentar.
- Verificar se a aréola está macia.
- Massagear e ordenhar manualmente, em caso de mama ingurgitada, para facilitar a pega.
- O Bebê deve estar com o corpo alinhado (orelha, ombro e quadril alinhados).
- Oferecer a mama ao bebê com o cuidado para que ele abocanhe parte da aréola e não só o mamilo.

Figura 13 – Pega correta



Fonte: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2025⁶⁴.

- Oferecer sempre as duas mamas em cada mamada⁵⁷.
- A suspensão da amamentação por motivos de doença da pessoa que amamenta ou uso de medicamentos é condição rara. Nas seguintes situações o aleitamento humano não deve ser recomendado:
 - lactante infectado(a) pelo HIV;
 - lactante infectado(a) infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;

- uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos ou relativos ao aleitamento humano, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Como essas informações sofrem frequentes atualizações, recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrizes o profissional de saúde consulte o site de e-lactâncio (<https://www.e-lactancia.org/>) para verificar a compatibilidade do fármaco com a amamentação;
- lactente portador de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

Figura 14 – Sugestão de como fazer a rosquinha de tecido



Fonte: Google.

10.3 DOAÇÃO DO LEITE HUMANO PARA O BANCO DE LEITE HUMANO

O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento humano. Nesse sentido, é importante que os profissionais conscientizem os responsáveis sobre os benefícios do aleitamento humano para a criança e para a pessoa que amamenta.

Além disso, é importante informar aos pais que Nova Lima conta com Unidades Coletoras de Leite Humano (UCLH), e que a doação pode ser feita por pessoas que estejam amamentando

seus filhos. Para doar, a pessoa que amamenta precisa ser saudável, não usar medicamentos que impeçam a doação e se dispor a ordenhar e a doar o excedente. É importante que a pretendente a doadora não faça uso de tabaco, não consuma bebida alcoólica e não utilize drogas.

Para saber quais medicamentos são contraindicados, pode-se consultar o site <https://www.elactancia.org>.

Para realizar a doação, é necessário que a pessoa que amamenta tenha os seguintes exames atualizados, com validade de 6 meses:

- sífilis (VDRL);
- hepatite B (HbSAg);
- hepatite C (anti HCV);
- HIV;
- HTLV;
- hemograma.

As técnicas e cuidados com o armazenamento do leite humano devem ser orientados por profissional de saúde.

Figura 15 – Cartilha de Orientações sobre Amamentação



Fonte: FHEMIG, 2025⁶⁵.

Figura 16 – Cartilha de orientações para doação de leite humano



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima⁶⁶.

10.4 DIFICULDADES MAIS COMUNS ASSOCIADAS À AMAMENTAÇÃO

Durante o processo de aleitamento humano, podem surgir intercorrências que, se não identificadas e manejadas precocemente, comprometem a manutenção da amamentação e o bem-estar da pessoa que amamenta e do bebê. Essas dificuldades são, em sua maioria, evitáveis e tratáveis com orientação adequada e apoio contínuo dos profissionais de saúde.

Entre os problemas mais frequentes estão a dor e as lesões mamilares, o ingurgitamento mamário, a mastite, o abscesso mamário e a percepção de baixa produção de leite. O manejo clínico correto dessas condições envolve ações educativas, medidas de alívio e, quando necessário, intervenções terapêuticas específicas.

A atuação acolhedora, empática e baseada em evidências é essencial para garantir que a pessoa que amamenta se sinta segura e confiante para superar as dificuldades, mantendo o aleitamento de forma satisfatória e prazerosa para ambos.

10.4.1 Dor mamilar e lesões mamilares

- Orientar sobre o desconforto normal ao iniciar a amamentação nos primeiros dias e que ele não deve persistir.
- Observar a amamentação e corrigir a pega e o posicionamento sempre que necessário.
- Apoiar e fortalecer a confiança da pessoa que amamenta.
- Orientar a pessoa que amamenta a evitar:
 - sucção não nutritiva prolongada;
 - uso impróprio de bombas de extração de leite;
 - não interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito;
 - uso de sabonetes, cremes e óleos nos mamilos;
 - uso de protetores de mamilo (intermediários);
 - exposição prolongada a forros úmidos - o uso das rosquinhas pode auxiliar⁵⁷;
- Verificar associação com situações que podem dificultar a pega, como mamilos curtos, planos ou invertidos ou disfunções orais na criança, como anquiloglossia (freio lingual que restringe o movimento da língua).

Figura 17 – Tipos de mamilos



Fonte: Google.

- Se houver mamilos invertidos ou mamas planas, informar que essas condições não contraindicam a amamentação e oferecer suporte para assegurar uma amamentação adequada - orientar a ordenha de pouca quantidade de leite antes de oferecer a mama ao bebê, segurar a mama em “C” para oferecer e garantir que o bebê abocanhe a maior parte possível da aréola.
- No caso de anquiloglossia, caso as dificuldades persistam mesmo após a otimização das medidas mencionadas, recomenda-se a avaliação por profissional habilitado para considerar a possibilidade de intervenção cirúrgica visando facilitar a amamentação⁶⁰.
- Facilitar a sucção e diminuir a sua força sobre a lesão:
 - amamentando em livre demanda;
 - iniciando a mamada pela mama menos afetada;
 - ordenhando um pouco de leite antes da mamada para desencadear o reflexo de ejeção de leite;
 - se a aréola estiver ingurgitada, massagear e ordenhar manualmente antes da mamada, facilitando a pega adequada;
 - interrompendo a sucção introduzindo o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê;
 - alternando diferentes posições de mamadas.
- Não há evidências suficientes de que o uso de gel de glicerina, lanolina ou outros emolientes melhorem significativamente a percepção materna de dor mamar. Estudos de boa qualidade metodológica sugerem que não aplicar nada ou apenas ordenhar a mama pode ser igual ou mais benéfico para o alívio imediato da dor mamar do que o uso de emolientes como lanolina⁶⁰.

Figura 18 – Introdução do dedo indicador na boca do bebê para interromper a sucção



Fonte: BRASIL, 2007⁶⁴.

10.4.2 Mamas Ingurgitadas

O ingurgitamento pode dificultar a pega, prejudicando a amamentação, dificultando o esvaziamento das mamas e agravando o problema. As medidas preventivas incluem as citadas no manejo da dor mamilar.

- No caso de dor mamilar e ingurgitamento mamário, podem ser utilizados analgésicos sistêmicos via oral, se necessário.
- Orientar sobre a “descida do leite”, que ocorre em torno do terceiro dia após o parto, e que as mamas podem ficar doloridas, firmes e edemaciadas. Se houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente, e, sempre que a mama estiver ingurgitada, a extração manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece após 24-48 horas.

- O tratamento consiste em amamentar frequentemente, com mamadas prolongadas nas mamas afetadas; massagem e, se necessário, expressão manual e analgesia. Aumentar a ingestão hídrica parece ser benéfico.
- Também pode ser útil usar sutiã com alças largas e firmes para alívio da dor e manutenção dos ductos em posição anatômica.
- Embora algumas intervenções, como acupuntura e bolsa de água fria, tenham sugerido resultado promissor, uma revisão sistemática não identificou evidências suficientes de que qualquer intervenção isolada justifique ampla implementação no manejo da dor⁶⁰.

10.4.3 Mastite

A mastite é uma inflamação do tecido mamário que pode ocorrer, principalmente, nas primeiras semanas de amamentação. Frequentemente, está relacionada à estase de leite e a traumas mamilares, podendo evoluir ou não para infecção bacteriana. O manejo adequado é essencial para evitar complicações, manter a amamentação e aliviar o desconforto materno. A seguir, apresentam-se as principais orientações e condutas recomendadas para o tratamento e prevenção da mastite:

- O esvaziamento mamário adequado é parte fundamental do tratamento, sendo recomendada a amamentação em livre demanda, com atenção para evitar manobras agressivas que possam estimular excessivamente a produção láctea.
- Recomenda-se o massageamento suave das mamas, como a drenagem linfática leve, com toques superficiais e sem aplicar pressão profunda sobre o tecido mamário.
- Devem ser evitadas: massagens intensas, esvaziamento excessivo com bombinha, técnicas como *dangle feeding* (em que se utiliza da gravidade com o objetivo de auxiliar a desobstruir os dutos), exceto quando houver indicação clínica específica.
- A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível e, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas a fim de otimizar o esvaziamento das mamas.

- A mastite não infectada deve ser tratada conservadoramente com calor úmido e manutenção da amamentação para assegurar a efetiva drenagem. Orientar sobre expressão manual e massagem das mamas a fim de assegurar a efetiva remoção de leite.
- Não há estudos comparativos, mas o ibuprofeno é citado como o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema; paracetamol pode ser usado como alternativa.
- Quando sinais sistêmicos, como febre, calafrios e taquicardia, persistem por mais de 24 horas após o início das medidas conservadoras, está indicada a introdução de antibioticoterapia.

Nos casos leves, os antimicrobianos de primeira escolha são dicloxacilina ou cefalexina; em infecções mais graves, pode-se indicar o uso de vancomicina⁶⁷.

10.4.4 Abscesso mamário

O abscesso pode ser identificado à palpação (a sensação é de flutuação), porém nem sempre é possível confirmar ou excluir a sua presença apenas pelo exame clínico.

- Toda medida que previna o aparecimento de mastite consequentemente vai prevenir o abscesso mamário.
- O tratamento do abscesso consiste em seu esvaziamento por meio de drenagem cirúrgica ou aspiração. Aspirações repetidas têm a vantagem de ser menos dolorosas e mutilantes do que incisão e drenagem, podendo ser feitas com anestesia local.
- Apesar da presença de bactérias no leite humano quando há abscesso, a manutenção da lactação é importante, inclusive para o tratamento da condição, e há vários estudos indicando que a amamentação é segura para o bebê mesmo na presença de *S. aureus*⁶⁷.
- O material para os pais e para a rede de apoio sobre aleitamento humano, produzido pelo Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pode ser acessado clicando na figura abaixo:

Figura 19 – Ebook Agosto Dourado



Fonte: SBP, 2022²⁴.

10.4.5 Baixa Produção de Leite

A baixa produção de leite humano existe, mas é menos comum do que se imagina. A percepção de que o leite é insuficiente nem sempre corresponde a uma produção realmente inadequada. Por isso, o diagnóstico deve ser criterioso e baseado em evidências clínicas.

É importante saber diferenciar a percepção subjetiva de baixa produção, comum nas primeiras semanas (ex: bebê chora muito, mama com frequência, mama por pouco tempo, ou os seios parecem “murchos”) da baixa produção real, quando a produção de leite não é suficiente para atender às necessidades nutricionais e de crescimento do bebê, mesmo com manejo adequado da lactação⁶⁸.

O diagnóstico clínico exige uma avaliação abrangente da tríade, considerando os seguintes aspectos:

- Ganho ponderal insatisfatório ou perda de peso superior a 10% após o nascimento.
- Reduzido número de eliminações, como menos de seis fraldas molhadas por dia após o quinto dia de vida.
- Sinais clínicos de desidratação (fontanela deprimida, urina concentrada, letargia).
- Técnica de amamentação inadequada (pega incorreta, posicionamento inadequado).
- Frequência e duração das mamadas insuficientes, com intervalos prolongados (>4 horas nas primeiras semanas).

- Interferências na livre demanda, como uso precoce de bicos artificiais ou suplementos;
- Condições clínicas maternas como hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos, diabetes, hipertensão ou histórico de cirurgia mamária.
- Sinais sugestivos de hipogalactia (ausência de ingurgitamento mamário, resposta insatisfatória à ordenha).
- Frequência de mamadas inferior a oito vezes ao dia.
- Uso inadequado de técnicas de ordenha (manual ou com bomba).
- Fatores que possam inibir a produção, como estresse, fadiga, introdução precoce de fórmula ou rotinas hospitalares inadequadas.

A confirmação de baixa produção de leite só deve ser considerada após a exclusão de causas reversíveis, otimização das práticas de amamentação e monitoramento contínuo do crescimento infantil com uso de curvas padronizadas.

Na maioria dos casos, a situação é passível de reversão por meio de intervenções precoces, orientação adequada e apoio contínuo à lactante, assegurando o sucesso da amamentação.

Para aumentar a produção do leite, oriente a lactante a:

- Amamentar com frequência – em livre demanda, sempre que o bebê quiser.
- Oferecer as duas mamas a cada mamada.
- Evitar o uso de bicos artificiais.
- Ajustar/corrigir a pega e posição do bebê, caso seja necessário.
- Fazer ordenha (manual ou com bomba) se o bebê não esvaziar bem as mamas.
- Descansar e hidratar-se bem – sono, alimentação e água são essenciais.
- Evitar estresse – o bem-estar da pessoa que amamenta influencia a produção.
- Evitar o uso de fórmulas sem orientação médica – elas reduzem o estímulo natural.
- Evitar medicamentos por conta própria – galactogogos só com avaliação médica⁶⁸.

10.5 AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PUERPÉRIO

Além das alterações biológicas que ocorrem no puerpério, a transição entre fases da vida é um momento marcado por mudanças psicológicas e sociais. No puerpério há necessidade de reorganização social, adaptação a um novo papel, reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina. Este momento de mudanças físicas, psicológicas e sociais constitui-se como um período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos⁶⁹.

A Décima Revisão Internacional das Doenças (CID-10), não se considera distúrbios mentais específicos do puerpério, mas distúrbios associados ao puerpério. Ele classifica sob o código F53 os “transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério”, iniciados dentro de seis semanas após o nascimento, incluindo a “depressão pós-natal” ou a “depressão pós-parto”⁷⁰.

É importante realizar a avaliação da pessoa no puerpério na primeira visita ao serviço de saúde após a alta hospitalar e nas visitas seguintes, a fim de reduzir os possíveis danos de um transtorno psiquiátrico puerperal não abordado ao binômio.

10.5.1 Disforia Puerperal ou “*Baby Blues*”

Descrita pela primeira vez na década de 1960, disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das pessoas no puerpério⁷¹.

Após alguns dias após parto, grande parte das pessoas que pariram podem experimentar choro fácil, que não tem relação com sentimento de tristeza, exacerbão da empatia, sensibilidade excessiva à rejeição, labilidade afetiva. Os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingem um pico no quarto ou quinto dia do pós-parto e regredem de forma espontânea em no máximo duas semanas. Pode haver comportamento hostil em relação aos familiares e acompanhantes, sentimentos de estranheza e despersonalização¹.

Por ser um quadro autolimitado e pouco impacto na funcionalidade, a disforia pós-parto não necessita de intervenção farmacológica. A abordagem é feita no sentido de manter suporte

emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê. Entre 10 e 14 dias após o nascimento, a pessoa no puerpério deve ser questionada sobre a resolução dos sintomas de Disforia Puerperal⁷¹.

10.5.2 Depressão Puerperal

O termo depressão pós-parto refere-se a qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano. Geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto, ocorrem humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio⁷¹.

Na consulta puerperal deve ser realizada a aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), que é um instrumento para rastreamento deste quadro, sendo que ela não define diagnóstico e nem gravidade. A EPDS contempla principalmente sintomas cognitivos e afetivos, a fim de evitar a identificação excessiva de depressão pós parto, uma vez que fadiga, alterações alimentares e distúrbios do sono são relativamente mais comuns no pós-parto (e também são sugestivos de depressão pós parto). No Brasil, o melhor ponto de corte para rastreamento é o escore igual a 10 ou maior¹.

Algumas particularidades da Depressão Pós-parto: alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos, obsessivo-compulsivos; menor incidência de suicídio; resposta terapêutica mais demorada e requerendo mais de uma medicação⁷¹.

O que distingue a depressão da Disforia Puerperal é a gravidade do quadro e impacto na funcionalidade da pessoa que pariu. A depressão pode causar redução significativa na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação do binômio.

Alguns fatores de risco associados à Depressão Pós-Parto são: história pessoal de depressão, episódio depressivo ou ansioso na gestação, eventos de vida estressantes, pouco suporte social

e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso. São considerados fatores de proteção o otimismo, elevada autoestima, boa relação conjugal, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade.

O tratamento da depressão baseia-se na farmacologia, e na psicoterapia, sendo o uso de medicação antidepressiva a primeira linha no tratamento. Apesar de poucos estudos avaliarem o uso de antidepressivos especificamente na Depressão Pós-Parto, eles têm se mostrado, na prática clínica, eficazes e essenciais no tratamento. Em uma revisão sistemática, foi avaliada a eficácia da sertralina, fluvoxamina e venlafaxina na Depressão Pós-Parto, e em todos eles foram observados melhora dos sintomas depressivos. A maioria das medicações é excretada no leite humano e, por questões éticas, não há estudos controlados avaliando a exposição do recém-nascido. Em geral, têm sido verificados poucos riscos e efeitos colaterais nos lactentes expostos a antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina⁷¹.

Quadro 40 – Relação dos principais antidepressivos com a amamentação

(continua)

Droga	Dose inicial	DIR (%)	Amamentação	Riscos
Sertralina	50 mg/dia, máx. 200 mg/dia	0,5%-3%	Compatível	Mínimos. Raramente pode haver distúrbios do sono e/ou sucção.
Paroxetina	20 a 25 mg/dia, máx. 62,5 mg/dia	5,6%	Compatível	Mínimos. Pode haver choro constante, insônia, letargia, baixo ganho de peso, cansaço.
Fluoxetina	20 mg, máx. 80 mg/dia	<12%	Compatível	Mínimos. Pode haver choro, insônia, vômitos e diarreia.
Citalopram	20 mg/dia, máx. 40 mg/dia	3%-10%	Compatível	Mínimos. Sonolência, dificuldade de sucção e perda de peso.
Escitalopram	10 mg/dia, máx. 20 mg/dia	3,9%	Compatível	Mínimos. Menos excretado no leite que citalopram.
Venlafaxina	37,5 a 75 mg/dia, máx. 225 mg/dia	5%-13%	Menos compatível	Pequenos. Poucos estudos.

Quadro 41 – Relação dos principais antidepressivos com a amamentação

(conclusão)

Droga	Dose inicial	DIR (%)	Amamentação	Riscos
Mirtazapina	15 mg/dia, máx. 45 mg/dia	4,4%	Compatível	Poucos estudos.
Nortriptilina	10-25 mg/dia, máx. 150 mg	3,4%	Compatível	Mínimos. Nada relatado. Não é a primeira escolha como antidepressivo.

 Fonte: Pinheiro et al e Davanzo et al.^{72,73}.

10.5.3 Psicose Puerperal

A psicose pós-parto é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério, geralmente é necessária internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos. Cerca de 20% têm remissão completa do quadro e não apresentam recorrências⁷⁴.

Têm prevalência de 0,1% a 0,2%, sendo maior o percentual em casos de mulheres bipolares. O início é rápido e os sintomas se instalaram já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto: euforia, com humor irritável, logorreia, agitação e insônia, delírios, ideias persecutórias, alucinações, comportamento desorganizado, confusão mental e despersonalização.

O quadro psicótico no pós-parto é uma situação de risco para a ocorrência de infanticídio, portanto, deve ser abordado prontamente. Devem ser sempre investigados comportamentos negligentes nos cuidados com o bebê, ideias suicidas e infanticidas.

Entre os fatores de risco para a psicose puerperal estão a primiparidade, complicações obstétricas, e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos⁷⁴.

Quadro 41 – Diferenças dos principais distúrbios psiquiátricos puerperais

	Tristeza Puerperal	Depressão Puerperal	Psicose Puerperal
Conceito	Distúrbio psíquico leve e transitório	Transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves
Prevalência	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelo, idéias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólica ou até mesmo catatônicas.
Curso e Prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.
Tratamento	Psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera.	Psicoterapia, farmacologia.	Psicoterapia, farmacologia e internação (casos especiais).

 Fonte: Adaptado de UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA)⁷⁵.

10.6 IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS VERMELHOS E AMARELOS NO PUERPÉRIO E CONDUTAS

Os sinais vermelhos são aqueles que indicam situações de emergência por estarem relacionados às principais causas de óbitos maternos. Na presença destes sinais, deve-se encaminhar a pessoa no puerpério para o serviço de urgência.

Também deve-se orientar a pessoa gestante durante as consultas de pré-natal e consulta puerperal sobre os sinais de alerta para as complicações mais comuns do puerpério, que são: hemorragia pós-parto (perda sanguínea súbita e profusa, taquicardia/palpitações, tonturas, desmaios); pré-eclâmpsia (dores de cabeça acompanhadas por um ou mais dos seguintes sintomas: distúrbios visuais, náuseas, vômitos, dor epigástrica ou hipocondrial, sensação de desmaio ou convulsão); infecção (febre, tremores, dor abdominal e/ou lóquios de odor fétido); e tromboembolismo (dor unilateral da panturrilha, eritema ou edema dos tornozelos, dispneia ou dor no peito)¹.

Quadro 42 – Alertas vermelhos no puerpério e necessidade de referenciamento para atendimento de emergência
 (continua)

Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia	
Sinais de alerta	Considerações
PAD > 90mmHg e acompanhada por outro sinal ou sintoma de pré-eclâmpsia (cefaleia persistente, alterações visuais, dor em hipocôndrios, vômitos, sudorese súbita na face, mão e pés). PAD > 90mmHg e que não reduz em 4h de observação.	É a principal causa de óbito materno no Brasil.
Hemorragia pós-parto	
Sinais de Alerta	Considerações
Perda sanguínea súbita e profusa ou persistente e aumentada. Perda sanguínea de qualquer intensidade acompanhada de fraqueza, tontura ou palpitação/taquicardia.	Como não há consenso sobre a melhor forma de quantificar a perda de sangue vaginal, alguns autores recomendam que o diagnóstico seja considerado como qualquer perda de sangue afete o balanço hemodinâmico.

Quadro 43 – Alertas vermelhos no puerpério e necessidade de referenciamento para atendimento de emergência
 (conclusão)

Tromboembolia (Trombose venosa profunda/Embolia Pulmonar)	
Sinais de Alerta	Considerações
Dor unilateral na panturrilha, hiperemia ou edema. Dispneia ou dor no peito.	Pessoas obesas são mais propensas a eventos tromboembólicos e devem receber atenção especial. Além dos fatores de risco da população em geral, estão associados a aumento de risco de tromboembolia no puerpério: hiperemese, desidratação, infecção grave, pré-eclâmpsia, perda de sangue excessiva, viagem de transporte prolongada, parto instrumental, trabalho de parto prolongado e imobilização pós-parto. Além disso, episódio prévio de embolia venosa superficial é um fator de risco independente para TVP durante gestação e puerpério.
Sepse	
Sinais de alerta	Considerações
Febre persistente (duas medidas com 4-6h de intervalo) acompanhada de: - calafrios; - dor abdominal; - subinvolução uterina; - e/ou importante perda sanguínea vaginal.	A principal causa de sepse no puerpério é infecção do trato genital, especialmente infecção uterina, como endometrite, mas a sepse pode ter outras origens, como infecção de férias operatórias – o risco é maior após cesariana se comparado a parto vaginal.

Fonte: Ministério da Saúde¹.

Os sinais amarelos se referem a problemas frequentes no puerpério, que interferem de forma significativa na qualidade de vida. Estes sinais são relatados por mais de 10% das pessoas no puerpério¹.

Quadro 43 – Sinais amarelos e problemas frequentes no puerpério

(continua)

Sinal amarelo	Avaliação/Conduta
Dor no períneo	<p>Realizar avaliação perineal (procurar problemas em feridas operatórias e/ou lacerações, sinais de infecção)</p> <p>Orientar sobre a aplicação de compressas frias</p> <p>Se necessária analgesia oral, paracetamol é a primeira escolha</p> <p>Se essas medidas não forem efetivas, considerar o uso de AINE</p> <p>Paracetamol e AINE são tão efetivos quanto narcóticos no tratamento da dor perineal</p> <p>Orientar quanto à importância da higiene no períneo, incluindo troca frequente de absorventes higiênicos, lavagem das mãos antes e após as trocas e banhos diários</p>
Dispareunia	<p>Pode estar associada a alterações vaginais, como edema, congestão e atrofia, que começam a regredir após o 25º dia de puerpério, ou mais tarde nas pessoas que amamentam. A vulva e o soalho pélvico sofrem também modificações decorrentes do trabalho de parto que podem contribuir com a queixa:</p> <p>Realizar avaliação perineal se a dispareunia estiver associada à história de trauma no períneo</p> <p>Gel lubrificante à base de água é útil no controle do desconforto, devendo ser recomendado especialmente para as pessoas que estão amamentando</p> <p>Pessoas que persistem expressando ansiedade sobre o início das atividades sexuais devem receber atenção especial, a fim de identificar outras causas subjacentes</p>
Incontinência urinária e/ou fecal	<p>Nota: O uso de fórceps, extração a vácuo, IMC > 30, trabalho de parto prolongado, lacerações de terceiro ou quarto grau e tabagismo foram identificados como fatores de risco para incontinência (a cesariana não protege contra incontinência). Uma pessoa em cada quatro apresenta incontinência urinária, e uma em cada 10 apresenta incontinência fecal nos 6 meses após o parto.</p>

Quadro 44 – Sinais amarelos e problemas frequentes no puerpério

(continuação)

Sinal amarelo	Avaliação/Conduta
Incontinência urinária e/ou fecal	<p>Pesquisar as queixas durante as consultas, especialmente entre as que apresentam fatores de risco.</p> <p>Exercícios para fortalecer o assoalho pélvico são efetivos no controle da incontinência urinária e/ou fecal. Os resultados são semelhantes para exercícios feitos sob supervisão de fisioterapeuta ou apenas orientados. Os exercícios oferecidos a primíparas também podem estar associados à prevenção de incontinência nas futuras gestações</p> <p>Casos refratários podem necessitar de referenciamento para avaliação adicional.</p> <p>No caso de lesões no esfíncter anal, está recomendada profilaxia com antibiótico</p>
Constipação	<p>Avaliar a dieta e a ingesta líquida, orientando a adequação, se necessário.</p> <p>Suplemento de fibras na dieta auxilia no controle da constipação associada à gestação</p> <p>Se o problema persistir, laxativos estimulantes são efetivos</p>
Hemorroidas	<p>As pessoas com hemorroidas devem ser orientadas sobre como evitar a constipação, devendo receber tratamento utilizados para a população em geral</p>
Dor nas costas	<p>Não há evidências que apoiem o manejo no puerpério, devendo ser manejada como a população geral</p> <p>Orientações quanto aos cuidados com a postura durante a amamentação e ao carregar o bebê podem ser úteis.</p>
Cefaleia	<p>O manejo deve basear-se no diagnóstico diferencial</p> <p>Considerar pré-eclâmpsia se associada à hipertensão e à proteinúria.</p> <p>Em pessoas normotensas, avaliar inicialmente para cefaleia tensional e migrânea, já que são as causas mais frequentes, ou cefaleia pós-punção lombar.</p>

Quadro 44 – Sinais amarelos e problemas frequentes no puerpério

(conclusão)

Sinal amarelo	Avaliação/Conduta
Cefaleia	Nos casos de migrânea ou cefaleia tensional, além do uso adequado de analgésicos, orientar sobre técnicas de relaxamento e sobre a importância de evitar fatores desencadeantes. Casos refratários à terapia usual ou acompanhados de déficit neurológico necessitam de avaliação por exame de imagem.
Fadiga	<p>Pessoas com fadiga persistente devem ser avaliadas quanto ao bem-estar geral e devem receber apoio e orientações em relação à dieta, a exercícios, ao planejamento de atividades e ao tempo dedicado ao bebê</p> <p>Se a fadiga estiver afetando seu autocuidado ou os cuidados com o bebê, devem ser pesquisadas causas físicas ou psicológicas subjacentes</p> <p>Se apresentar hemorragia pós-parto, pesquisar anemia e tratar, se necessário</p>

 Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, 2024⁷⁶.

10.7 CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO

Ao iniciar método contraceptivo no puerpério, a pessoa deve assegurar-se de que não esteja grávida, devendo evitar relações sexuais ou usar contracepção adicional até 7 dias após o início do progestagênio oral, a menos que esteja fazendo uso adequado do método de amenorreia da lactação^{1,76}.

Deve-se avaliar as contraindicações gerais para uso de cada método e levar em consideração as particularidades do período puerperal. A decisão do melhor método deve ser individualizada e a escolha deve ser compartilhada com a pessoa puérpera^{1,76}.

10.7.1 Amenorreia da lactação

Os critérios que autorizam o uso do método da amenorreia da lactação como método contraceptivo seguro, conforme o Consenso de Bellagio, são amenorreia, amamentação exclusiva ou quase exclusiva (não exceder intervalos de 4 a 6 horas entre as mamadas e não oferecer outros alimentos à criança) e intervalo pós-parto < 6 meses.

Para pessoas com risco inaceitável para gestação, outros métodos, além da amenorreia da lactação, devem ser empregados.

A efetividade do método da amenorreia da lactação diminui em caso de diminuição da frequência das mamadas (não amamentação à noite, alimentação suplementar, uso de bicos ou chupetas), retorno da menstruação ou após 6 meses do parto^{1,76}.

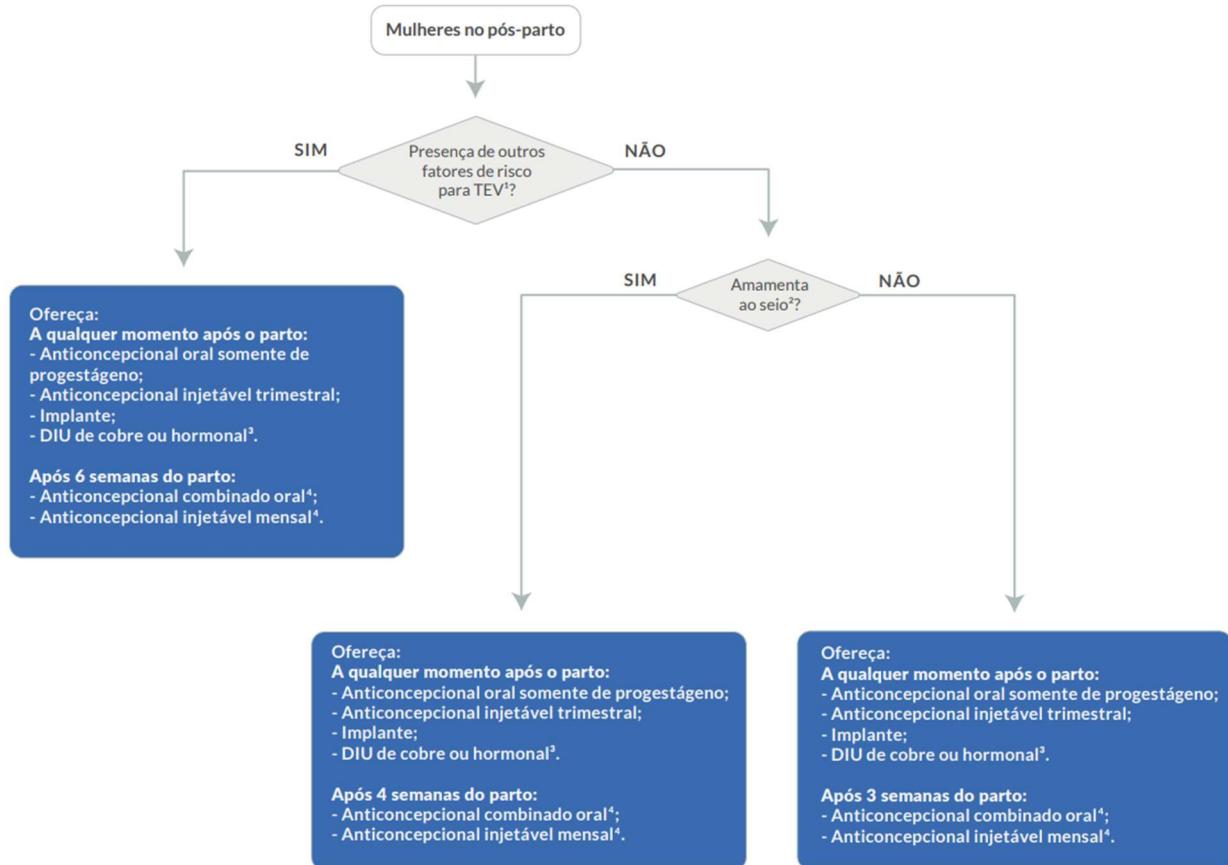
10.7.2 Métodos hormonais

Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) não recomendam o início de métodos contraceptivos com estrógeno e progesterona antes de 6 meses pós-parto na pessoa que amamenta. Já o *Central of Disease Control and Prevention* (CDC) não desaconselha qualquer método anticoncepcional hormonal durante a amamentação, desde que passadas as primeiras três semanas após o parto, devido ao risco elevado de tromboembolismo venoso.

Não se observou diferença na duração da amamentação com o uso de diferentes contraceptivos hormonais e não-hormonais, um estudo identificou pequeno efeito dos contraceptivos combinados sobre o volume do leite (redução de cerca de 25 mL), porém não houve diferença significativa no peso e no crescimento dos recém-nascidos com nenhum dos contraceptivos estudados.

Contraceptivos hormonais combinados não devem ser iniciados antes de 21 dias após o parto devido ao aumento do risco de trombose (C. Se não estiver amamentando, pode iniciar o uso de progestagênio injetável a qualquer momento após o parto (C). Se estiver amamentando, deve iniciar o uso de progestagênio injetável após 21 dias do puerpério, a não ser que o risco de engravidar seja grande.

Figura 20 – Fluxograma para auxiliar na escolha do método contraceptivo no puerpério



Fonte: UFRGS, [s.d.]⁷⁷.

Legenda: TEV: tromboembolismo venoso; DIU: dispositivo intrauterino; IMC: índice de massa corporal.

¹Outros fatores de risco de tromboembolismo venoso no pós-parto: idade ≥ 35 anos, TEV prévio, trombofilia, imobilidade, transfusão durante o parto, cardiomiopatia periparto, IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$, hemorragia pós-parto, parto cesáreo, pré-eclâmpsia, tabagismo.

²Para as mulheres que amamentam, as vantagens do início imediato dos métodos contraceptivos superam o risco teórico de interferir na lactogênese.

³A inserção do DIU em qualquer momento após o parto é segura, com incidência muito baixa de perfuração, infecção e/ou sangramento uterino aumentado. [CDC]. Pode ser inserido imediatamente, até 48 horas após o parto ou 6 semanas após o parto (inserção tardia tem menores taxas de expulsão). A inserção no pós-parto é contraindicada em casos de infecção uterina ou hemorragia em curso.

⁴O risco de TEV é mais elevado nos primeiros 21 dias pós-parto e depois diminui rapidamente. Para as mulheres com fatores de risco transitórios para TEV, o início dos métodos hormonais combinados deve ser adiado até pelo menos 6 semanas após o parto.

10.7.3 DIU Cobre

O dispositivo intrauterino de cobre pode ser inserido nas primeiras 48 horas após o parto ou, se não for possível, após o 28º dia do puerpério, e não há necessidade de uso de método complementar.

Como o índice de expulsão do DIU pode ser maior quando inserido no pós-parto imediato, recomenda-se agendar revisão em curto intervalo de tempo (entre 3-6 semanas) para a detecção de expulsões espontâneas precoces, com recomendação de uso de preservativo até documentação de sua persistência⁷⁶.

10.7.4 Método de barreira: Preservativo masculino e preservativo feminino

Preservativos, masculinos e femininos, além de métodos contraceptivos, são úteis na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, em especial vírus da imunodeficiência humana e sífilis, e podem ser utilizados a qualquer momento após o parto⁷⁶.

10.7.5 Métodos definitivos: Laqueadura tubária

Pacientes gestantes que desejem ser submetidos à laqueadura tubária durante o parto não necessitam de risco cirúrgico ou de autorização do Controle e Avaliação para realizar o procedimento. Basta apresentar a Solicitação para Contracepção Cirúrgica e o Protocolo de Atendimento assinados pela equipe de Planejamento Familiar com as cópias de documentos necessários no momento da internação para o parto.

Deve-se verificar os critérios de elegibilidade vigentes e observar o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto, definidos pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Esta lei define condições para esterilização em homens e mulheres, sendo que pessoa deve ter capacidade civil plena e ser maior de 21 (vinte e um) anos de idade ou ter, pelo menos, 2 (dois) filhos vivos. Deve ser propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a

desencorajar a esterilização precoce. O Protocolo Municipal de Planejamento Familiar define o fluxo a ser seguido e deve ser consultado⁷⁶.

Quadro 44 – Efeitos dos diferentes métodos contraceptivos no aleitamento humano

MÉTODO	FEITO SOBRE A LACTAÇÃO
LAM - método da amenorreia da lactação	Nenhum.
Métodos de barreira (diafragma, espermicida, preservativo)	Nenhum. O uso de lubrificantes pode ser benéfico, pois geralmente há atrofia vulvovaginal nesse período.
DIU de cobre	Nenhum.
Esterilização feminina	Nenhum; apenas impossibilidade de amamentar durante o procedimento e algumas horas após, pelo uso de anestésicos.
Contraceptivo exclusivamente com progestagênio (injetável, pílulas orais, DIU com progesterona, implante)	Teoricamente, poderia diminuir a produção do leite se iniciado antes que a produção esteja bem estabelecida (dados insuficientes). No caso de injetável trimestral, devido ao uso intramuscular, não teria como ser removido se houver alteração na amamentação.
Contraceptivo hormonal combinado (oral, adesivo, anel vaginal, injetável)	Risco significativo de diminuição da produção do leite se iniciado até 6 meses pós-parto; é melhor evitar durante a amamentação. Não é possível interromper imediatamente o efeito de formas injetáveis. Quanto maior for a dosagem de estrogênio, maior será o efeito.
Contraceptivo de emergência (combinado ou somente com progestagênio)	Para o uso de combinados (método Yuzpe), os efeitos seriam os mesmos do que para os contraceptivos orais. É preferível usar métodos apenas de progestagênios.

Fonte Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2024⁷⁶.

11 INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Em maio de 2025 o Ministério da Saúde lançou novos indicadores de financiamento para a APS, com o objetivo principal de induzir a adoção de boas práticas pelas equipes de saúde.

Em relação à Gestação e Puerpério, os indicadores que passaram a ser monitorados são⁷⁸:

- Ter a 1^a consulta presencial ou remota realizada por médica(o) ou enfermeira(o), até a 12^a semana de gestação.
- Ter pelo menos 07 (sete) consultas presenciais ou remotas realizadas por médica(o) ou enfermeira(o) durante o período da gestação.
- Ter pelo menos 07 (sete) registros de aferição de pressão arterial realizadas durante o período da gestação.
- Ter pelo menos 07 (sete) registros simultâneos de peso e altura durante o período da gestação.
- Ter pelo menos 03 (três) visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, após a primeira consulta de pré-natal.
- Ter vacina acelular contra difteria, tétano, coqueluche (dTpa) registrada a partir da 20^a semana de cada gestação.
- Ter registro dos testes rápidos ou dos exames avaliados para sífilis, HIV e hepatites B e C realizados no 1º trimestre de cada gestação.
- Ter registro dos testes rápidos ou dos exames avaliados para sífilis e HIV realizados no 3º trimestre de cada gestação.
- Ter pelo menos 01 registro de consulta presencial ou remota realizada por médica(o) ou enfermeira(o) durante o puerpério.
- Ter pelo menos 01 visita domiciliar realizada por ACS/TACS durante o puerpério.
- Ter pelo menos 01 atividade em saúde bucal realizada por cirurgiã(ão) dentista ou técnica(o) de saúde bucal durante o período da gestação.

Todas as práticas monitoradas já eram adotadas em nosso município, cabendo apenas o ajuste em relação ao registro das atividades, procedimentos e consultas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 14 out. 2025.
- 2 SILVA, M. G. C., et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em gestantes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 9, p. 532–538, 2020.
- 3 LOCKWOOD, C. J.; MAGRIPLES, U. Prenatal assessment of gestational age, date of delivery, and fetal weight. In: LOCKWOOD, C. J.; BARSS, V. A. (ed.). *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2025. [Citado em: 5 maio 2025]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 14 out. 2025.
- 4 SHARMA, R. et al. Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. *Reproductive Biology and Endocrinology*, v. 13, p. 35, 2015.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 224 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico. Acesso em: 15 out. 2025
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Protocolo de manejo clínico da gestante com doença falciforme na Atenção Primária à Saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo>. Acesso em: 15 out. 2025.
- 7 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content>. Acesso em: 16 out. 2025.
- 8 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota Técnica nº 01/2016 – GVIMS/GGTES/ANVISA: orientações gerais para prevenção e controle das infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) em serviços de saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016>. Acesso em: 22 out. 2025.
- 9 BADILLA, Beatriz. Uso racional de repelentes contra mosquitos. *Farmacia de Comunidad*, [S.1.], 16 mar. 2017. Disponível em: https://www.colfar.com/files/Artculo_repelentes. Acesso em: 28 out. 2025.

10 BRASIL. Sociedade Brasileira de Dermatologia. *Repelentes para adultos, idosos e gestantes: repelentes e outras medidas de prevenção da Zika, dengue e chikungunya* [cartilha eletrônica]. 2024. Disponível em: <https://d1xe7fg0uwul9.cloudfront.net/sbd-portal>. Acesso em: 22 out. 2025.

11 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Consumo de álcool durante a gravidez: um problema global de saúde pública*. Relatório da OPAS. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

12 POPOVA, S.; LANGE, S.; PROBST, C. et al. Estimating global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, v. 171, n. 10, p. 948–956, 2017.

13 SALIHU HM, WILSON RE. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Human Development*. 2007;83(11):713-720.

14 ZANATTA, E. A., et al. Uso de drogas ilícitas por gestantes atendidas na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 40, n. 12, p. 749–755, 2018.

15 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Relatório sobre o problema mundial das drogas*. Washington, D.C.: OPAS, 2019.

16 BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED); Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância (SNAPI). *Conhecendo os efeitos do uso de drogas na gestação e as consequências para os bebês* [cartilha]. Brasília: Ministério da Cidadania, abr. 2021. 1. ed. Ênfase no público do Programa Criança Feliz. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social>. Acesso em: 22 out. 2025.

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 22 out. 2025.

18 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: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html

19 BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.3. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em: 22 out. 2025.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal. Acesso em: 22 out. 2025.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de gestação de alto risco* [recurso eletrônico].

Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 22 out. 2025.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, jul. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo>. Acesso em: 22 out. 2025.

23 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da atenção especializada: saúde mental perinatal* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2022/abril>. Acesso em: 22 out. 2025.

24 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Pais, tirem suas dúvidas sobre aleitamento materno – e-book Agosto Dourado*. Brasília: SBP, ago. 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022. Acesso em: 20 out. 2025.

25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres; Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição; Departamento de Gestão do Cuidado Integral; Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. *Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo>. Acesso em: 22 out. 2025.

26 BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 3: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo>. Acesso em: 22 out. 2025.

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692p.il. Disponível; em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 22 out. 2025.

28 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *A saúde bucal da gestante* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 32 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/>. Acesso em: 22 out. 2025.

29 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. *Manual de normas e procedimentos para vacinação* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos. Acesso em: 22 out. 2025.

30 SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). *Calendário de vacinação — gestantes* [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>. Acesso em: 22 out. 2025.

31 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 14, de 24 de fevereiro de 2025. Torna pública a decisão de incorporar ao SUS a vacina VSR A e B (recombinante) em gestantes [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-conass-informa-n-30-2025>. Acesso em: 22 out. 2025.

32 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 8. ed. Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta>. Acesso em: 29 jun. 2023. Acesso em: 22 out. 2025.

33 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Guia para qualificação dos indicadores da Atenção Primária à Saúde: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/resource/file/dab/docs>. Acesso em: 16 out. 2025.

34 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS: Esclarecimento sobre a utilização do e-SUS Atenção Básica e SISPRENATAL WEB no âmbito da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/esus/upload/docs/nt_19_sei_2017.pdf. Acesso em: 14 out. 2025.

35 BRASIL. Ministério Público do Estado da Bahia. *Nota Técnica nº 035/2011: Rede Cegonha – Efetivando a Dignidade* [recurso eletrônico]. Salvador: Ministério Público do Estado da Bahia, 2011. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca>. Acesso em: 22 out. 2025.

36 BRASIL. Lei nº 14.598, de 14 de junho de 2023. Dispõe sobre a realização de exames em gestantes. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jun. 2023. Seção 1, p. 17. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2023/lei-14598-1..> Acesso em: 22 out. 2025.

37 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011*. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 out. 2011. Seção 1, p. 41. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 22 out. 2025.

38 BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Relatório da consulta pública nº 67/2023: HTLV em gestantes* [recurso eletrônico].

Brasília: CONITEC, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios>. Acesso em: 22 out. 2025.

39 BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2020/2021: anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 22 out. 2025.

40 SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA FETAL. *Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Fetal – 2019*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, n. 4, p. 710–736, 2019.

41 TORTORA, G. J. & GRABOWSKI, S. R. *Princípios de Anatomia e Fisiologia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

42 ZUGAIB, M. *Zugaib Obstetrícia*. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

43 BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 18 out. 2025.

44 BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

45 BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

46 BRASIL. Lei nº 11.804 de 5 de novembro de 2008. Disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma que ele será exercido e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 nov. 2008. Seção 1.06, p. 2.

47 BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

48 BRASIL. Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999. Insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1999]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9799.htm#art373a. Acesso em: 22 out. 2025.

49 BRASIL. Lei nº 10.421, de 8 de abril de 2002. Dispõe sobre normas gerais para a atenção à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10421.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

50 BRASIL. Lei nº 15.222, de 29 de setembro de 2025. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para prorrogar a licença-maternidade em até 120 (cento e vinte) dias após a alta hospitalar do recém-nascido e de sua mãe; e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para ampliar o prazo de recebimento do salário-maternidade. Diário Oficial da União, Brasília, 30 set. 2025. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15222-29>. Acesso em: 22 out. 2025.

51 BRASIL. Constituição (1988) da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Arts. 196-200.

52 BRASIL. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992 e dá outras providências. DOU, Brasília, 02 de setembro de 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

53 BRASIL. Lei n.º 12.873, de 24 de outubro de 2013. Autoriza a Companhia Nacional de Abastecimento a utilizar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas – RDC, e dá outras providências. [recurso eletrônico]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12873.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

54 BRASIL. Lei n.º 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares, instituído pelo Decreto-Lei n.º 1.044, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16202.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

55 BRASIL. Decreto-Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica. 1969. Disponível em: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1044.htm . Acesso em: 22 out. 2025.

56 BRASIL. Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025. Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei. Acesso em: 20 out. 2025.

57 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed., Brasília, DF: MS, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca. Acesso em: 21 out. 2025.

58 BOUSHRA M, CARLSON K, RAHMAN O. *Postpartum Infection*. 2025 Jul 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560804/>. Acesso em: 15 out. 2025.

59 MORAES, L. C. A. et al. Transtornos psicológicos no puerpério: avaliação, prevenção e intervenção. *Revista FT*, São Paulo, v. 28, n. 135, p. 57-59, jun. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/transtornos-psicologicos-no-puerperio>. Acesso em: 22 out. 2025.

60 BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 3 v. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

61 NOVA LIMA. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde da Criança – de 0 a 2 anos*. Nova Lima: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

62 MINAS GERAIS. Lei nº 25.420, de 31 de julho de 2025. Altera o art. 3º da Lei nº 22.422, de 19 de dezembro de 2016, que estabelece objetivos e diretrizes para a adoção de medidas de atenção à saúde da mulher. *Diário do Executivo*, Belo Horizonte, 31 jul. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/4327927700/lei-25420-25-mg>. Acesso em: 22 out. 2025.

63 BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acoes. Acesso em: 20 out. 2025.

64 EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *O que você precisa saber para amamentar*. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios>. Acesso em: 20 out. 2025.

65 FUNDAÇÃO HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Cartilha amamentação: o que você precisa saber para amamentar. Belo Horizonte: FHEMIG, [s.d.]. Disponível em: https://www.fhemig.mg.gov.br/images/servicos/MOV_Cartilha. Acesso em: 20 out. 2025.

66 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA LIMA. Doação de leite humano: orientações. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1ziaTMMNsu-85t6tBzK3SaPUr5ergXjCH/view>. Acesso em: 20 out. 2025.

67 MITCHELL, K. B. et al. Protocolo Clínico #36 ABM: O espectro da mastite, revisado 2022. *Breastfeeding Medicine*, [S.l.], v. 17, n. 5, p. 360-376, 2022. DOI: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm. Disponível em: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS>. Acesso em: 21 out. 2025.

68 BRODRIBB, Wendy; ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. *ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactagogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production*, Second Revision 2018. *Breastfeeding Medicine*, v. 13, n. 5, p. 307-314, 2018. Disponível em: <https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS>. Acesso em: 22 out. 2025.

69 BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* Secretaria de Ciência. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes>. Acesso em: 20 out. 2025.

70 Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, 10ª Revisão: Manual de Instruções, vol. 2, 2011.

Disponível em: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

71 GAVIN, N. I. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, v. 106, n. 5 Pt 1, p. 1071-1083, 2005.

72 PINHEIRO, E. et al. Sertraline and breastfeeding: review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, v. 18, n. 2, p. 139-146, 2015.

73 DAVANZO, R. et al. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Medicine*, v. 6, n. 2, p. 89-98, 2011.

74 SPINELLI, M. G. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *American Journal of Psychiatry*, v. 166, n. 4, p. 405-408, abr. 2009. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2008.08121899>. Acesso em: 20 out. 2025.

75 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). Atenção às mulheres no puerpério. [s.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: https://repocursos.unasus.ufma.br/provab_20171/ssr1/atencao_puerperio/und3/12.html. Acesso em: 20 out. 2025.

76 BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Guia do pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS). 2. ed. Porto Alegre: Secretaria da Saúde/RS, 2024. 97 p. Disponível em: <https://atenaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos>. Acesso em: 20 out. 2025.

77 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). *Fluxograma para prescrição de anticoncepção no pós-parto*. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos>. Acesso em: 16 out. 2025.

78 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade. *Nota metodológica C3: cuidado na gestação e puerpério*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes>. Acesso em: 14 out. 2025.