



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

PROTOCOLO MUNICIPAL DE

# PRÉ-NATAL

## CASA DA MULHER

MUNICÍPIO DE ITARIRI - SP

Atenção Primária à Saúde  
Assistência Pré-Natal de  
Risco Habitual e Organização  
da Rede Materno-Infantil

*Cuidado  
em todas  
as fases.* 



ACOLHIMENTO



PREVENÇÃO



DIAGNÓSTICO  
PRECOCE



ACOMPANHAMENTO  
QUALIFICADO



MATERNIDADE  
SEGURA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL  
DE SAÚDE  
ITARIRI / SP



VERSÃO 1.0 | 2026  
USO EXCLUSIVO DA REDE MUNICIPAL

# PRÉ-NATAL

## PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À GESTANTE

CASA DA MULHER DE ITARIRI – SP

Assistência ao pré-natal de risco habitual • Estratificação de risco • Encaminhamento • Puerpério



Versão 1.0 • Setembro de 2026

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CASA DA MULHER DE ITARIRI



## APROVAÇÃO, VALIDAÇÃO E OFICIALIZAÇÃO

### DOCUMENTO INSTITUCIONAL

Este documento estabelece o padrão municipal para organização e execução da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Casa da Mulher, serviços especializados, regulação e rede hospitalar de referência.

O Protocolo Municipal de Pré-Natal da Casa da Mulher de Itariri foi elaborado para padronizar o cuidado à gestante, apoiar decisões clínicas, reduzir variações assistenciais e definir critérios objetivos de seguimento, compartilhamento do cuidado e encaminhamento.

| ITEM               | REGISTRO                                                                    |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Documento          | Protocolo Municipal de Pré-Natal – Casa da Mulher / Município de Itariri-SP |
| Versão             | 1.0 – 2026                                                                  |
| Coordenação local  | Renilce Maria Silva                                                         |
| Elaboração técnica | Equipe municipal de saúde – Casa da Mulher / APS                            |
| Abrangência        | UBS/ESF, Casa da Mulher e pontos municipais de atenção à gestante           |
| Vigência           | A partir da homologação institucional                                       |
| Revisão programada | A cada 2 anos ou antes, diante de atualização normativa relevante           |

### Termo de validação

Após revisão técnica e administrativa, o presente protocolo deverá ser homologado pela gestão municipal. As assinaturas abaixo formalizam ciência, validação e adoção do documento como referência assistencial municipal.

\_\_\_\_\_  
Responsável Editorial

\_\_\_\_\_  
Coordenação da Atenção Primária

\_\_\_\_\_  
Direção/Departamento Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
Homologação – Gestão Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CASA DA MULHER DE ITARIRI



## COMO UTILIZAR ESTE PROTOCOLO

Cada capítulo foi organizado para responder cinco perguntas operacionais: o que fazer, quando fazer, como interpretar, qual conduta adotar e quando encaminhar. A classificação de risco deve ser revista em todas as consultas; gestação de alto risco não significa desligamento da APS, mas cuidado compartilhado.

| SINALIZAÇÃO         | SIGNIFICADO                                                            | AÇÃO                                                                 |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| RISCO HABITUAL      | Condição compatível com seguimento longitudinal na APS                 | Manter pré-natal e reavaliar risco em todas as consultas             |
| ATENÇÃO             | Achado que exige investigação, retorno antecipado ou discussão clínica | Investigar, tratar quando cabível e definir prazo de reavaliação     |
| ALTO RISCO          | Condição materna/fetal que exige referência especializada              | Encaminhar e manter cuidado compartilhado                            |
| URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Risco atual ou potencial de deterioração materno-fetal                 | Estabilizar, acionar transporte/regulação e encaminhar imediatamente |

### REGRA DE SEGURANÇA



## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PRÉ-NATAL



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| SINALIZAÇÃO                | SIGNIFICADO                                                             | AÇÃO                                                                  |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>RISCO HABITUAL</b>      | Condição compatível com seguimento longitudinal na APS.                 | Manter pré-natal e reavaliar risco em todas as consultas.             |
| <b>ATENÇÃO</b>             | Achado que exige investigação, retorno antecipado ou discussão clínica. | Investigar, tratar quando cabível e definir prazo de reavaliação.     |
| <b>ALTO RISCO</b>          | Condição materna/fetal que exige referência especializada.              | Encaminhar e manter cuidado compartilhado.                            |
| <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b> | Risco atual ou potencial de deterioração materno-fetal.                 | Estabilizar, acionar transporte/regulação e encaminhar imediatamente. |



### REGRA DE SEGURANÇA

Na presença de instabilidade clínica, sangramento importante, convulsão, dispneia relevante, dor intensa, suspeita de sepse, hipertensão grave, perda de líquido com intercorrência, trabalho de parto prematuro ou comprometimento fetal, a prioridade é avaliação hospitalar; **não aguardar consulta eletiva.**



|  APRESENTAÇÃO                                                 | PÁG. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  1 Finalidade, abrangência e organização da assistência ..... | 06   |
|  2 Aprovação, validação e oficialização .....                 | 03   |
|  3 Como utilizar este protocolo .....                         | 04   |
|  4 Fluxo da rede de atenção .....                             | 05   |

|  DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO PRÉ-NATAL                  | PÁG. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  5 Diagnóstico da gestação e captação precoce ..... | 06   |
|  6 Primeira consulta de pré-natal .....             | 07   |
|  7 Idade gestacional e data provável do parto ..... | 08   |

|  ESTRATIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO                          | PÁG. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  8 Estratificação do risco gestacional .....              | 09   |
|  9 Calendário do pré-natal .....                          | 10   |
|  10 Consulta pré-natal de rotina .....                    | 11   |
|  11 Consulta subsequente – checklist (C1) .....           | 12   |
|  12 Gestante próxima ao termo – checklist (C2) .....      | 13   |
|  13 Critérios de encaminhamento .....                    | 14   |
|  14 Encaminhamento ao alto risco – checklist (C3) ..... | 15   |

|  EXAMES E IMAGEM                                  | PÁG. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  15 Exames do pré-natal .....                     | 16   |
|  16 Ultrassonografia obstétrica .....             | 17   |
|  17 Guias rápidos – exames por fase (GR-02) ..... | 18   |

|  IMUNIZAÇÃO, SUPLEMENTAÇÃO E MEDICAMENTOS    | PÁG. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  18 Imunização da gestante .....             | 19   |
|  19 Guia rápido – vacinas 2026 (GR-03) ..... | 20   |
|  20 Suplementação e nutrição .....           | 21   |
|  21 Medicamentos na gestação .....           | 22   |

|  INFECÇÕES NA GESTAÇÃO                  | PÁG. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  22 Infecção urinária na gestação ..... | 23   |
|  23 Anemia na gestação .....            | 24   |
|  24 Sífilis na gestação .....           | 25   |
|  25 HIV na gestação .....               | 26   |
|  26 Hepatites virais .....              | 27   |
|  27 Toxoplasmose .....                  | 28   |
|  28 Outras infecções relevantes .....   | 29   |

|  CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS                           | PÁG. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  29 Diabetes mellitus e diabetes gestacional .....        | 30   |
|  30 Hipertensão na gestação e pré-eclâmpsia .....         | 31   |
|  31 Doenças prévias e condições clínicas relevantes ..... | 32   |
|  32 Saúde mental, violência e vulnerabilidade .....       | 33   |

|  SITUAÇÕES ESPECIAIS                        | PÁG. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  33 Gestação na adolescência .....          | 34   |
|  34 Gestação múltipla .....                 | 35   |
|  35 Isoimunização Rh .....                  | 36   |
|  36 Condições obstétricas específicas ..... | 37   |

|  URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS                           | PÁG. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  37 Reconhecimento e manejo inicial .....        | 38   |
|  38 Guia rápido – sinais de alarme (GR-04) ..... | 39   |

|  PUERPÉRIO                                         | PÁG. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  39 Assistência no puerpério .....                | 40   |
|  40 Planejamento reprodutivo .....               | 41   |
|  41 Consulta puerperal – planejamento (C2) ..... | 42   |

|  INSTRUMENTOS E ANEXOS                                  | PÁG. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  42 Guia rápido terapêutico (GR-01) .....               | 43   |
|  43 Algoritmos clínicos – resumo (A1 a A8) .....        | 44   |
|  44 Anexo A – Modelo de encaminhamento .....            | 46   |
|  45 Anexo B – Modelo de contrarreferência .....         | 47   |
|  46 Registro de condutas e checklist de segurança ..... | 48   |
|  47 Materiais educativos para a gestante .....          | 49   |

|  REFERÊNCIAS                         | PÁG. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  48 Referências bibliográficas ..... | 49   |
|  49 Créditos e atualização .....     | 50   |

*Cuidar de  
uma gestação  
é investir em  
um futuro mais  
saúdavel para  
toda a comunidade.*



Padronizar a atenção pré-natal no município de Itariri, assegurando captação precoce, seguimento longitudinal, identificação oportuna de riscos, cuidado humanizado e integração entre APS, Casa da Mulher, regulação e serviços hospitalares.

### 1.1 Princípios assistenciais

- Acesso ao pré-natal tão logo a gestação seja suspeita ou confirmada, preferencialmente até 12 semanas.
- APS/UBS/ESF como porta de entrada e coordenadora do cuidado da gestante de risco habitual.
- Casa da Mulher como referência municipal para apoio especializado, matriciamento e cuidado compartilhado conforme organização local.
- Estratificação de risco dinâmica: deve ser refeita sempre que surgirem novos dados clínicos, laboratoriais, obstétricos ou psicossociais.
- Referência não rompe vínculo com a unidade de origem; a APS mantém vacinação, vigilância, saúde bucal, ações educativas, busca ativa e cuidado puerperal.
- Toda conduta, encaminhamento, orientação e resultado relevante deve ser registrado no e-SUS PEC/prontuário e na Caderneta da Gestante quando aplicável.

### 1.2 Fluxo municipal

| NÍVEL                               | PONTO DE ATENÇÃO                            | RESPONSABILIDADE PRINCIPAL                                                                                |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primário                            | UBS / ESF                                   | Captação, risco habitual, vigilância, exames, imunização, busca ativa e coordenação do cuidado            |
| Secundário municipal                | Casa da Mulher                              | Avaliação especializada, apoio à APS, cuidado compartilhado e organização de referência/contrarreferência |
| Urgência                            | Pronto-Socorro Municipal / rede de urgência | Estabilização, avaliação de intercorrências agudas e regulação                                            |
| Referência especializada/hospitalar | Serviço definido pela regulação/CROSS       | Alto risco, avaliação obstétrica hospitalar, parto e condições que excedem capacidade municipal           |

#### FLUXO OPERACIONAL

UBS/ESF → classifica risco → mantém risco habitual na APS. Se condição de alto risco ou dúvida clínica relevante: encaminha/compartilha com Casa da Mulher e rede especializada. Se urgência/emergência: estabiliza, aciona regulação/transporte e encaminha ao serviço hospitalar.



## 2. DIAGNÓSTICO DA GESTAÇÃO E CAPTAÇÃO PRECOCE

Toda mulher com atraso menstrual, sintomas compatíveis ou exposição com possibilidade de gestação deve ter acesso rápido à confirmação diagnóstica e início do pré-natal.

### 2.1 Conduta inicial

1. Confirmar possibilidade de gestação e registrar DUM quando conhecida.
2. Realizar teste rápido de gravidez/ $\beta$ -hCG conforme disponibilidade e contexto clínico.
3. Resultado positivo: iniciar pré-natal sem aguardar ultrassonografia.
4. Resultado negativo com atraso persistente ou alta suspeita: repetir teste/ $\beta$ -hCG conforme evolução e investigar diagnósticos diferenciais.
5. Na presença de dor pélvica importante, sangramento, síncope ou sinais de choque, considerar gestação ectópica/abortamento e encaminhar para avaliação urgente.

### CAPTAÇÃO PRECOCE

O pré-natal deve começar tão logo a mulher descubra ou suspeite da gestação, preferencialmente até a 12ª semana.



## 2. DIAGNÓSTICO DA GESTAÇÃO E CAPTAÇÃO PRECOCE



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

Toda mulher com **atraso menstrual**, **sintomas compatíveis** ou **exposição** com possibilidade de gestação deve ter **acesso rápido** à confirmação diagnóstica e **início do pré-natal**.

### 2.1 CONDUTA INICIAL

1



**Confirmar possibilidade de gestação**  
e registrar DUM quando conhecida.

2



**Realizar teste rápido de gravidez/ $\beta$ -hCG**  
conforme disponibilidade e contexto clínico.

3



**Resultado positivo**  
iniciar pré-natal sem aguardar ultrassonografia.

4



**Resultado negativo**  
com atraso persistente ou alta suspeita: repetir teste/ $\beta$ -hCG conforme evolução e investigar diagnósticos diferenciais.

5



**Na presença de dor pélvica importante, sangramento, síncope ou sinais de choque,**  
considerar gestação ectópica/abortamento e encaminhar para avaliação urgente.

### CAPTAÇÃO PRECOCE



O **pré-natal** deve começar tão logo a mulher descubra ou suspeite da gestação, **preferencialmente até a 12ª semana.**



**ATÉ 12ª SEMANA**



### 3. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

A primeira consulta deve estabelecer idade gestacional, risco inicial, condições clínicas e psicossociais, plano de exames, imunização, suplementação e cronograma de seguimento.

#### 3.1 Anamnese obrigatória

- DUM, regularidade menstrual, contracepção prévia e sintomas atuais.
- História obstétrica: gestações, partos, cesáreas, abortamentos, prematuridade, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragia, óbito fetal/neonatal, malformações e baixo peso.
- Doenças crônicas, cirurgias, trombose, epilepsia, doença renal, cardíaca, autoimune, endocrinológica e psiquiátrica.
- Medicamentos, suplementos, fitoterápicos, alergias e exposições potencialmente teratogênicas.
- História familiar relevante: hipertensão, diabetes, trombose, doenças genéticas e malformações.
- Tabaco, álcool e outras substâncias; trabalho, apoio familiar, segurança alimentar, violência e vulnerabilidades.
- História sexual e IST; saúde bucal; sintomas de depressão/ansiedade e risco de autoagressão.

#### 3.2 Exame físico

- PA com técnica adequada; peso, altura e IMC inicial; temperatura quando indicada.
- Exame geral dirigido por sintomas e comorbidades.
- Exame obstétrico conforme idade gestacional: altura uterina, BCF quando detectáveis, apresentação fetal no período apropriado.
- Exame ginecológico somente quando indicado; rastreamento citopatológico conforme faixa etária e situação clínica, sem postergar por gestação quando houver indicação.
- Avaliação de edema, sinais de anemia, doença tireoidiana, trombose, infecção e outras condições clínicas.

#### CHECKLIST DA PRIMEIRA CONSULTA

Confirmar IG/DPP • classificar risco • PA/peso/IMC • solicitar exames iniciais • revisar vacinas • iniciar suplementação indicada • saúde bucal • saúde mental • orientar sinais de alarme • registrar retorno e busca ativa.



### 3. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

A primeira consulta deve estabelecer **idade gestacional**, risco inicial, condições clínicas e psicossociais, plano de exames, imunização, suplementação e cronograma de seguimento.

#### 3.1 ANAMNESE OBRIGATÓRIA

-  **DUM**, regularidade menstrual, contracepção prévia e sintomas atuais.
-  **História obstétrica**: gestações, partos, cesáreas, abortamentos, prematuridade, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragia, óbito fetal/neonatal, malformações e baixo peso.
-  **Doenças crônicas**, cirurgias, trombose, epilepsia, doença renal, cardíaca, autoimune, endocrinológica e psiquiátrica.
-  **Medicamentos**, suplementos, fitoterápicos, alergias e exposições potencialmente teratogênicas.
-  **História familiar relevante**: hipertensão, diabetes, trombose, doenças genéticas e malformações.
-  **Tabaco, álcool** e outras substâncias; trabalho, apoio familiar, segurança alimentar, violência e vulnerabilidades.
-  **História sexual** e IST; saúde bucal; sintomas de depressão/ansiedade e risco de autoagressão.

#### 3.2 EXAME FÍSICO

-  PA com técnica adequada; **peso, altura** e IMC inicial; temperatura quando indicada.
-  Exame geral dirigido por sintomas e comorbidades.
-  **Exame obstétrico** conforme idade gestacional: altura uterina, BCF quando detectáveis, apresentação fetal no período apropriado.
-  **Exame ginecológico** somente quando indicado; rastreamento citopatológico conforme faixa etária e situação clínica, sem postergar por gestação quando houver indicação.
-  **Avaliação de edema**, sinais de anemia, doença tireoidiana, trombose, infecção e outras condições clínicas.

#### CHECKLIST DA PRIMEIRA CONSULTA

 Confirmar IG/DPP

 Classificar risco

 PA/peso/IMC

 Solicitar exames iniciais

 Revisar vacinas

 Iniciar suplementação indicada

 Saúde bucal

 Saúde mental

 Orientar sinais de alarme

 Registrar retorno e busca ativa

## 4. IDADE GESTACIONAL E DATA PROVÁVEL DO PARTO

A datação correta reduz erros de interpretação do crescimento fetal, prematuridade e pós-datismo.

### 4.1 Datação

- Se DUM confiável: calcular IG a partir do primeiro dia da última menstruação.
- Regra de Nägele: DPP = DUM + 7 dias – 3 meses + 1 ano (ou + 9 meses + 7 dias).
- Ultrassonografia do primeiro trimestre é o método mais acurado para datação quando há dúvida da DUM ou discrepância clinicamente relevante.
- Uma vez definida a melhor data obstétrica, evitar redatar repetidamente a gestação com ultrassonografias tardias.

### REGISTRO

Registrar no prontuário e na Caderneta da Gestante: DUM, IG na data da consulta, DPP e método usado para datação.



## 4. IDADE GESTACIONAL E DATA PROVÁVEL DO PARTO

A datação correta reduz erros de interpretação do crescimento fetal, prematuridade e pós-datismo.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

### 4.1 DATAÇÃO

- 1 Se DUM confiável**  
Calcular IG a partir do primeiro dia da última menstruação.



- 2 Regra de Nägele**  
DPP = DUM + 7 dias – 3 meses + 1 ano (ou + 9 meses + 7 dias).



- 3 Ultrassonografia do primeiro trimestre**

É o método mais acurado para datação quando há dúvida da DUM ou discrepância clinicamente relevante.



USG 11–13+6 semanas

- 4 Uma vez definida a melhor data obstétrica**

evitar redatar repetidamente a gestação com ultrassonografias tardias.



USGs tardias têm menor acurácia para datação.



### REGISTRO



Registrar no prontuário e na Caderneta da Gestante:

- DUM
- IG na data da consulta
- DPP
- método usado para datação.

CADERNETA DA GESTANTE



DUM: 10/01/2026  
IG na consulta: 12 semanas  
DPP: 17/10/2026  
Método de datação:  
☒ DUM (confiável)  
☐ Ultrassonografia 1º trimestre  
☐ Outro: \_\_\_\_\_

### APLICATIVOS ÚTEIS PARA CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL E DPP



Flo  
Gravidez e Ciclo

App Store Google Play



Preglife  
Gravidez Semana a Semana

App Store Google Play



Calculadora da Gestação (FEBRASGO)

App Store Google Play



Também é possível utilizar calculadoras online confiáveis (buscar por "calculadora da gestação" ou "calculadora DPP FEBRASGO").

### PONTOS-CHAVE



- ✓ Usar DUM se confiável.
- ✓ Aplicar a regra de Nägele.
- ✓ Preferir USG do 1º trimestre em caso de dúvida.
- ✓ Evitar redatar com USGs tardias.
- ✓ Registrar sempre no prontuário e na Caderneta da Gestante.

## 5. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

A classificação de risco deve ocorrer na primeira consulta e ser atualizada em todas as consultas.

### 5.1 Situações que sugerem necessidade de referência especializada

| GRUPO                            | EXEMPLOS PRÁTICOS                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condições maternas preexistentes | Cardiopatia relevante, doença renal crônica, diabetes pré-gestacional, hipertensão crônica de difícil controle, doença autoimune, epilepsia não controlada, trombofilia/trombose prévia, doença psiquiátrica grave |
| Antecedentes obstétricos         | Óbito fetal/neonatal recorrente, prematuridade importante, pré-eclâmpsia grave precoce, restrição de crescimento grave, perdas recorrentes, cirurgia uterina de maior risco                                        |
| Gestação atual                   | Gestação múltipla, malformação fetal suspeita, restrição de crescimento, isoimunização, placenta prévia, hipertensão/pré-eclâmpsia, diabetes que exige manejo especializado, infecção materna relevante            |
| Vulnerabilidade                  | Uso problemático de substâncias, violência, ausência de suporte, situação social que comprometa segurança/adesão                                                                                                   |

#### ALTO RISCO NÃO É ALTA DA APS

A gestante encaminhada ao alto risco deve permanecer vinculada à UBS/ESF para cuidado compartilhado, vacinação, vigilância, saúde bucal, ações educativas, busca ativa e puerpério.

#### URGÊNCIA SUPERA CLASSIFICAÇÃO

Se houver sinal de gravidade atual, encaminhar para avaliação hospitalar. Não aguardar vaga ambulatorial de alto risco.



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO

## 5. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

A classificação de risco deve ocorrer na primeira consulta e ser atualizada em todas as consultas.



CASA DA  
MULHER  
ITARIRI

SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 5.1 SITUAÇÕES QUE SUGEREM NECESSIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA

| GRUPO                                                                                                                       | EXEMPLOS PRÁTICOS                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Condições maternas preexistentes</b> | Cardiopatia relevante, doença renal crônica, diabetes pré-gestacional, hipertensão crônica de difícil controle, doença autoimune, epilepsia não controlada, trombofilia/trombose prévia, doença psiquiátrica grave. |
|  <b>Antecedentes obstétricos</b>         | Óbito fetal/neonatal recorrente, prematuridade importante, pré-eclâmpsia grave precoce, restrição de crescimento grave, perdas recorrentes, cirurgia uterina de maior risco.                                        |
|  <b>Gestação atual</b>                   | Gestação múltipla, malformação fetal suspeita, restrição de crescimento, isoimunização, placenta prévia, hipertensão/pré-eclâmpsia, diabetes que exige manejo especializado, infecção materna relevante.            |
|  <b>Vulnerabilidade</b>                  | Uso problemático de substâncias, violência, ausência de suporte, situação social que comprometa segurança/adesão.                                                                                                   |

**ALTO RISCO NÃO É ALTA DA APS**

A gestante encaminhada ao alto risco deve permanecer vinculada à UBS/ESF para cuidado compartilhado, vacinação, vigilância, saúde bucal, ações educativas, busca ativa e puerpério.

**URGÊNCIA SUPERA CLASSIFICAÇÃO**

Se houver sinal de gravidade atual, encaminhar para avaliação hospitalar. Não aguardar vaga ambulatorial de alto risco.

## 6. CALENDÁRIO DO PRÉ-NATAL

O seguimento deve ser periódico e contínuo. A frequência pode ser aumentada conforme sintomas, achados, risco ou necessidade de reavaliação.

| IDADE GESTACIONAL      | FREQUÊNCIA DE REFERÊNCIA | FOCO                                                                                      |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Até 28 semanas         | Mensal                   | Risco, exames, PA, peso, sintomas, vacinação e educação                                   |
| 28 a 36 semanas        | Quinzenal                | Crescimento fetal, PA, exames do 3º trimestre, parto e sinais de alarme                   |
| A partir de 36 semanas | Semanal                  | Apresentação fetal, sinais de trabalho de parto, bem-estar e vinculação ao local do parto |

### FALTAS

Toda ausência relevante deve gerar tentativa de contato e, quando necessário, busca ativa pela equipe/ACS, com registro no prontuário.

## 6. CALENDÁRIO DO PRÉ-NATAL

O seguimento deve ser **periódico e contínuo**.  
A frequência pode ser aumentada conforme sintomas, achados, risco ou necessidade de reavaliação.

| IDADE GESTACIONAL                                                                                                            | FREQUÊNCIA DE REFERÊNCIA                                                                                    | FOCO                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Até<br/><b>28 semanas</b></p>         |  <p><b>Mensal</b></p>    |  <p>Risco, exames, PA, peso, sintomas, vacinação e educação.</p>                                   |
|  <p>28 a<br/><b>36 semanas</b></p>        |  <p><b>Quinzenal</b></p> |  <p>Crescimento fetal, PA, exames do 3º trimestre, parto e sinais de alarme.</p>                   |
|  <p>A partir de<br/><b>36 semanas</b></p> |  <p><b>Semanal</b></p>   |  <p>Apresentação fetal, sinais de trabalho de parto, bem-estar e vinculação ao local do parto.</p> |



### FALTAS



Toda ausência relevante deve gerar tentativa de contato e, quando necessário, **busca ativa pela equipe/ACS**, com registro no prontuário.

### PONTOS-CHAVE



Manter seguimento periódico e contínuo.



Aumentar a frequência conforme sintomas, achados, risco ou necessidade.



Garantir registro, orientações e busca ativa.



Vincular precocemente ao local do parto no final da gestação.



## 7. CONSULTA PRÉ-NATAL DE ROTINA

Em cada consulta, confirmar que a gestação permanece segura para o nível de cuidado atual.

| EM TODA CONSULTA            | CONDUTA                                                            |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Sintomas e sinais de alarme | Perguntar ativamente; encaminhar se gravidade                      |
| Pressão arterial            | Medir e comparar com valores prévios                               |
| Peso/ganho ponderal         | Registrar e avaliar tendência                                      |
| Edema e exame dirigido      | Avaliar conforme queixa e risco                                    |
| Altura uterina              | A partir do período em que é aplicável; acompanhar curva/tendência |
| BCF                         | Avaliar quando tecnicamente detectáveis                            |
| Movimentos fetais           | Orientar percepção materna e investigar redução                    |
| Exames/vacinas/suplementos  | Revisar pendências e adesão                                        |
| Risco gestacional           | Reclassificar                                                      |
| Plano de retorno            | Definir data e condições para retorno antecipado                   |



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO

### 7. CONSULTA PRÉ-NATAL DE ROTINA

Em cada consulta, confirmar que a gestação permanece segura para o nível de cuidado atual.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



**ACOMPANHAMENTO SEGURO EM TODAS AS FASES DA GESTAÇÃO**

| EM TODA CONSULTA                                                                                                            | CONDUTA                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|  <b>Sintomas e sinais de alarme</b>      | Perguntar ativamente; encaminhar se gravidade.                      |
|  <b>Pressão arterial</b>                 | Medir e comparar com valores prévios.                               |
|  <b>Peso/ganho ponderal</b>              | Registrar e avaliar tendência.                                      |
|  <b>Edema e exame dirigido</b>           | Avaliar conforme queixa e risco.                                    |
|  <b>Altura uterina</b>                   | A partir do período em que é aplicável; acompanhar curva/tendência. |
|  <b>BCF</b><br>(batimentos cardíofetais) | Avaliar quando tecnicamente detectáveis.                            |
|  <b>Movimentos fetais</b>                | Orientar percepção materna e investigar redução.                    |
|  <b>Exames / vacinas / suplementos</b>   | Revisar pendências e adesão.                                        |
|  <b>Risco gestacional</b>                | Reclassificar.                                                      |
|  <b>Plano de retorno</b>                 | Definir data e condições para retorno antecipado.                   |

**PONTOS-CHAVE**



Perguntar ativamente sobre sinais de alarme.



Reforçar orientações e educação em saúde.



Manter vacinas e suplementos em dia.



Reavaliar risco em todas as consultas.



Registrar data do próximo retorno e orientar busca precoce se necessário.

## 8. EXAMES DO PRÉ-NATAL

Os exames devem ser solicitados de forma oportuna, interpretados e vinculados a uma conduta; resultado alterado não deve permanecer sem plano documentado.



## 8. EXAMES DO PRÉ-NATAL

Solicitar, interpretar e vincular a uma conduta.  
Resultado alterado não deve permanecer sem plano documentado.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| MOMENTO                                                                                                    | EXAMES ESSENCIAIS / AVALIAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Primeira consulta</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma</li> <li>Tipagem ABO/Rh</li> <li>Pesquisa de anticorpos quando indicada (Coombs indireto)</li> <li>Glicemia</li> <li>Urina tipo I e urocultura</li> <li>Sífilis (teste treponêmico + não treponêmico conforme protocolo)</li> <li>HIV</li> <li>Hepatite B (HBsAg)</li> <li>Hepatite C (anti-HCV)</li> <li>Toxoplasmose conforme protocolo local</li> <li>Outros conforme história/epidemiologia (ex.: VDRL/IST adicionais, função tireoidiana, ferro/ferritina, conforme risco)</li> </ul> |
|  <b>24-28 semanas</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rastreamento de diabetes gestacional conforme protocolo vigente (ex.: TOTG 75 g – jejum, 1 h e 2 h)</li> <li>Repetir hemograma conforme rotina e risco</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  <b>3º trimestre</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Repetir sífilis (conforme protocolo nacional)</li> <li>Repetir HIV</li> <li>Revisar hepatites/IST conforme risco e normas vigentes</li> <li>Hemograma</li> <li>Urina tipo I e urocultura conforme protocolo local</li> <li>Outros conforme achados clínicos (ex.: cultura para estreptococo do grupo B, quando indicado)</li> </ul>                                                                                                                                                                  |
|  <b>Qualquer momento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exames dirigidos por sintomas, comorbidades, exposição, alterações de pressão arterial, crescimento fetal, risco infeccioso ou achados clínicos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



- ✓ Testagem deve ser repetida ao longo da gestação conforme protocolo nacional e sempre que houver risco/exposição.
- ✓ Teste reagente em gestante exige ação no mesmo atendimento.
- ✓ Não postergar tratamento indicado aguardando retorno eletivo.

## 9. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

A ultrassonografia complementa, mas não substitui, a avaliação clínica. Sua indicação e momento devem considerar datação, anatomia fetal, placenta, crescimento e condições de risco.

- **USG precoce:** confirmar localização/viabilidade quando clinicamente indicada e melhorar datação.
- **USG do primeiro trimestre:** útil para datação e avaliação inicial; rastreamentos específicos dependem de disponibilidade e linha de cuidado.
- **USG morfológica:** realizar conforme acesso e protocolo de referência.
- **USG de crescimento/bem-estar:** não deve ser repetida rotineiramente sem indicação clínica; solicitar quando houver discrepância de crescimento, comorbidades ou achados de risco.
- **Achado estrutural suspeito, crescimento alterado, oligo/polidrâmnio ou alteração placentária relevante:** encaminhar para avaliação especializada.

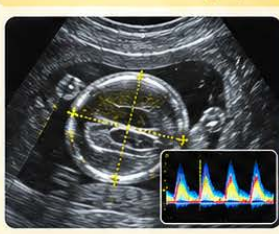


## 9. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

A ultrassonografia complementa, mas não substitui, a avaliação clínica.  
Sua indicação e momento devem considerar datação, anatomia fetal, placenta, crescimento e condições de risco.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| 1. USG PRECOCE<br>(quando indicada)                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2. USG DO PRIMEIRO TRIMESTRE<br>(11–14 semanas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3. USG MORFOLÓGICA<br>(18–24 semanas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4. USG DE CRESCIMENTO/BEM-ESTAR<br>(após 28 semanas ou conforme indicação)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5. ACHADOS QUE EXIGEM REFERÊNCIA ESPECIALIZADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Confirmar localização da gestação (intrauterina ou ectópica).</li> <li>✓ Avaliar viabilidade (batimentos cardíacos).</li> <li>✓ Contribuir para a datação da gestação.</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Útil para datação da gestação.</li> <li>✓ Avaliação inicial da anatomia fetal.</li> <li>✓ Pode incluir rastreamentos específicos (ex.: translucência nuchal), conforme disponibilidade e linha de cuidado.</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação detalhada da anatomia fetal.</li> <li>✓ Identificação de malformações congênitas.</li> <li>✓ Avaliação da placenta, líquido amniótico e características uterinas.</li> <li>✓ Realizar conforme acesso e protocolo de referência.</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Não deve ser repetida rotineiramente sem indicação clínica.</li> <li>✓ Solicitar quando houver discrepância de crescimento, comorbidades maternas ou achados de risco.</li> <li>✓ Avaliar biometria fetal, líquido amniótico, placenta e, quando indicado, Doppler.</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Achado estrutural suspeito ou malformação fetal.</li> <li>✓ Crescimento fetal alterado (RCIU ou macrosomia).</li> <li>✓ Oligodrâmnio ou polidrâmnio.</li> <li>✓ Alteração placentária relevante (ex.: placenta prévia, acretismo).</li> <li>✓ Outros achados de risco ou necessidade de avaliação especializada.</li> </ul> |

### PONTOS-CHAVE



USG complementa a avaliação clínica.



Definir o melhor momento conforme a indicação.



Evitar exames repetidos sem necessidade clínica.



Integrar achados da USG com a avaliação obstétrica.



Encaminhar à referência diante de achados alterados ou condições de risco.

## 10. IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE

A situação vacinal deve ser revisada na primeira consulta e atualizada durante a gestação conforme Calendário Nacional de Vacinação vigente.

| VACINA               | CONDUTA EM 2026                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Hepatite B           | Iniciar ou completar esquema conforme histórico vacinal                            |
| dT                   | Completar esquema para difteria/tétano quando necessário                           |
| dTpa                 | 1 dose a partir da 20ª semana, em cada gestação                                    |
| Influenza trivalente | 1 dose por temporada                                                               |
| COVID-19             | 1 dose a cada gestação, conforme calendário nacional vigente                       |
| VSR materna          | 1 dose a partir da 28ª semana, em cada gestação, conforme calendário nacional 2026 |
| Febre amarela        | Somente em situações excepcionais após avaliação individual de risco-benefício     |

### VACINAS VIVAS

Vacinas de vírus vivos atenuados, como tríplice viral e varicela, são em geral contraindicadas durante a gestação; atualizar no puerpério quando indicado.



## 10. IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE

A situação vacinal deve ser revisada na primeira consulta e atualizada durante a gestação conforme Calendário Nacional de Vacinação vigente.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



| VACINA                                                                                                                                   | CONDUTA EM 2026                                                                                                                                                         | PROTEGE                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Hepatite B</b>                                    |  Iniciar ou completar esquema conforme histórico vacinal.                            |  Previne hepatite B na mãe e transmissão vertical para o bebê.                            |
|  <b>dT</b><br>(difteria e tétano)                     |  Completar esquema para difteria/tétano quando necessário.                           |  Previne tétano materno e tétano neonatal.                                                |
|  <b>dTpa</b><br>(difteria, tétano e coqueluche)       |  1 dose a partir da 20ª semana, em cada gestação.                                    |  Protege a mãe e reduz a coqueluche grave no recém-nascido.                               |
|  <b>Influenza trivalente</b>                          |  1 dose por temporada (qualquer trimestre).                                          |  Reduz complicações respiratórias na gestante e no bebê.                                  |
|  <b>COVID-19</b>                                      |  1 dose a cada gestação, conforme calendário nacional vigente.                       |  Reduz formas graves de COVID-19 na mãe e no recém-nascido.                               |
|  <b>VSR materna</b><br>(vírus sincicial respiratório) |  1 dose a partir da 28ª semana, em cada gestação, conforme calendário nacional 2026. |  Reduz bronquiolite grave por VSR no recém-nascido nos primeiros meses de vida.           |
|  <b>Febre amarela</b>                                 |  Somente em situações excepcionais após avaliação individual de risco-benefício.     |  Indicada apenas para áreas de risco de transmissão e situação epidemiológica específica. |
|  <b>VACINAS VIVAS</b>                                 | Vacinas de vírus vivos atenuados, como tríplice viral e varicela, são em geral contraindicadas durante a gestação; atualizar no puerpério quando indicado.              |                                                                                                                                                                                |

### PONTOS-CHAVE



Revisar situação vacinal na primeira consulta.



Atualizar conforme Calendário Nacional de Vacinação 2026.



Protege a mãe e o bebê.



Registrar no prontuário e na Caderneta da Gestante.



Orientar e aproveitar todas as oportunidades de vacinação.

## 11. SUPLEMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A suplementação deve considerar prevenção de defeitos do tubo neural, anemia e risco hipertensivo, além do estado nutricional e protocolos nacionais vigentes.

| MEDIDA       | CONDUTA OPERACIONAL                                                                                                                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ácido fólico | Idealmente iniciar antes da concepção e manter no início da gestação; doses maiores somente para indicações específicas                                      |
| Ferro        | Suplementação preventiva e tratamento da deficiência/anemia conforme protocolo do SUS e resultados laboratoriais                                             |
| Cálcio       | Seguir recomendação nacional vigente para prevenção de pré-eclâmpsia e adequar ao consumo dietético; separar do ferro para reduzir interferência de absorção |
| Alimentação  | Priorizar dieta variada, segura, com proteínas, frutas, verduras, legumes e fontes de cálcio/ferro; evitar álcool e alimentos com risco sanitário            |

### 11.1 Ganho de peso

Registrar IMC pré-gestacional ou inicial e acompanhar ganho ponderal de forma longitudinal. Ganho insuficiente ou excessivo deve motivar avaliação alimentar, clínica e, quando disponível, nutricional, sem estigmatização.



## 11. SUPLEMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A suplementação deve considerar prevenção de defeitos do tubo neural, anemia e risco hipertensivo, além do estado nutricional e protocolos nacionais vigentes.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| MEDIDA                                                                                                  | CONDUTA OPERACIONAL                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Ácido fólico</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Idealmente iniciar <b>antes da concepção</b> e manter no início da gestação.</li> <li>Doses maiores somente para indicações específicas.</li> </ul>                                      |
|  <b>Ferro</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Suplementação preventiva e tratamento da deficiência/anemia conforme <b>protocolo do SUS</b> e resultados laboratoriais.</li> </ul>                                                      |
|  <b>Cálcio</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguir recomendação nacional vigente para <b>prevenção de pré-eclâmpsia</b> e adequar ao consumo dietético.</li> <li>Separar do ferro para reduzir interferência de absorção.</li> </ul> |
|  <b>Alimentação</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Priorizar <b>dieta variada, segura</b>, com proteínas, frutas, verduras, legumes e fontes de cálcio/ferro.</li> <li>Evitar álcool e alimentos com risco sanitário.</li> </ul>            |

### 11.1 GANHO DE PESO



Registrar IMC pré-gestacional ou inicial e acompanhar ganho ponderal de forma longitudinal.

Ganho insuficiente ou excessivo deve motivar avaliação alimentar, clínica e, quando disponível, nutricional, sem estigmatização.

#### GANHO DE PESO RECOMENDADO (EXEMPLO - IOM)

| IMC PRÉ-GESTACIONAL     | GANHO TOTAL (kg) |
|-------------------------|------------------|
| Baixo peso (< 18,5)     | 12,5 – 18,0      |
| Adequado (18,5 – 24,9)  | 11,5 – 16,0      |
| Sobrepeso (25,0 – 29,9) | 7,0 – 11,5       |
| Obesidade (≥ 30,0)      | 5,0 – 9,0        |



## 12. MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO

Antes de prescrever, confirmar indicação, idade gestacional, dose, duração, alergias, comorbidades e segurança fetal/materna. Evitar automedicação.

| SITUAÇÃO                  | PRINCÍPIO                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dor/febre                 | Paracetamol costuma ser opção de primeira linha quando indicado; evitar uso indiscriminado              |
| Náuseas/vômitos           | Medidas dietéticas e antieméticos com experiência de uso na gestação conforme gravidade                 |
| Infecção bacteriana       | Escolher antimicrobiano compatível com gestação e sítio infeccioso; ajustar à cultura quando disponível |
| Hipertensão               | Usar fármacos recomendados para gestação; evitar bloqueadores do sistema renina-angiotensina            |
| Antiinflamatórios         | Evitar uso sem avaliação médica; riscos variam com idade gestacional                                    |
| Fitoterápicos/suplementos | Não presumir segurança por serem 'naturais'; revisar composição e indicação                             |

### RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Na primeira consulta, revisar todos os medicamentos de uso contínuo. Não suspender abruptamente terapias essenciais sem avaliar risco materno da interrupção.



## 12. MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO

Antes de prescrever, confirmar indicação, idade gestacional, dose, duração, alergias, comorbidades e segurança fetal/materna. Evitar automedicação.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



| SITUAÇÃO                                                                                                                | PRINCÍPIO                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dor/febre</b><br>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol costuma ser opção de primeira linha quando indicado.</li> <li>Evitar uso indiscriminado.</li> </ul>                                           |
| <b>Náuseas/vômitos</b><br>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas dietéticas (refeições fracionadas, alimentos secos).</li> <li>Antiêméticos com experiência de uso na gestação conforme gravidade.</li> </ul>      |
| <b>Infecção bacteriana</b><br>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Escolher antimicrobiano compatível com gestação e sítio infeccioso.</li> <li>Ajustar à cultura quando disponível.</li> </ul>                              |
| <b>Hipertensão</b><br>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usar fármacos recomendados para gestação.</li> <li>Evitar bloqueadores do sistema renina-angiotensina (IECA, BRA e inibidor direto da renina).</li> </ul> |
| <b>Antiinflamatórios</b><br>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar uso sem avaliação médica.</li> <li>Riscos variam com a idade gestacional (especialmente a partir do 3º trimestre).</li> </ul>                      |
| <b>Fitoterápicos/suplementos</b><br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não presumir segurança por serem "naturais".</li> <li>Revisar composição e indicação.</li> </ul>                                                          |

### RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA



Na primeira **consulta**, revisar todos os medicamentos de uso **contínuo** (prescritos, de venda livre, fitoterápicos, suplementos e outros). Não suspender abruptamente terapias essenciais sem avaliar o risco materno da interrupção.



- ✓ Confirmar indicação e necessidade.
- ✓ Verificar segurança na gestação.
- ✓ Ajustar dose e duração.
- ✓ Avaliar interações e comorbidades.
- ✓ Orientar sinais de alerta.

### PONTOS-CHAVE



Prescrever apenas quando necessário.



Preferir medicamentos com segurança conhecida na gestação.



Considerar idade gestacional em todas as decisões.



Orientar a gestante sobre riscos da automedicação.



Em caso de dúvida, consultar protocolo municipal e serviço de referência.

### 13. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

A gestação aumenta o risco de complicações por bacteriúria/ITU. Urocultura tem papel central no rastreamento e confirmação.

| CENÁRIO                   | CONDUTA                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bacteriúria assintomática | Tratar conforme urocultura/antibiograma com antimicrobiano seguro na gestação; realizar controle de cura |
| Cistite                   | Coletar urocultura quando possível e tratar; reavaliar resposta e cultura                                |
| Pielonefrite suspeita     | Febre, dor lombar, vômitos ou repercussão sistêmica → avaliação hospitalar                               |
| Recorrência               | Rever culturas, adesão, anatomia/risco e discutir profilaxia/avaliação especializada quando indicada     |

#### NÃO BANALIZAR FEBRE + DOR LOMBAR

Pielonefrite na gestação pode evoluir com sepse e complicações obstétricas. Encaminhar para avaliação hospitalar.



### 13. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

A gestação aumenta o risco de complicações por bacteriúria/ITU. Urocultura tem papel central no rastreamento e confirmação.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

Saúde da mãe e do bebê também passa pela prevenção de infecções urinárias!

#### CENÁRIO

#### CONDUTA

##### Bacteriúria assintomática



- ✓ Tratar conforme urocultura/antibiograma com antimicrobiano seguro na gestação.
- ✓ Realizar controle de cura com urocultura após o tratamento (conforme protocolo local).
- ✓ Acompanhar em todas as consultas pelo risco de recorrência.

##### Cistite (sintomática)



- ✓ Coletar urocultura quando possível (antes de iniciar antibiótico).
- ✓ Tratar com antimicrobiano seguro na gestação.
- ✓ Reavaliar resposta clínica e resultado da cultura.
- ✓ Orientar hidratação e medidas gerais.

##### Pielonefrite (suspeita)

- Febre
- Dor lombar
- Náuseas/vômitos
- Repercussão sistêmica



- ✓ Febre, dor lombar, vômitos ou repercussão sistêmica → avaliação hospitalar.
- ✓ Iniciar medidas iniciais conforme protocolo e encaminhar.
- ✓ Tratar e acompanhar conforme orientação da referência.

##### Recorrência



- ✓ Rever uroculturas e antibióticos previamente utilizados.
- ✓ Avaliar adesão e fatores de risco (anatômicos, comportamentais, comorbidades).
- ✓ Discutir profilaxia e/ou avaliação especializada quando indicada.



**UROCULTURA É FUNDAMENTAL NO RASTREAMENTO E CONFIRMAÇÃO.**

Tratar corretamente reduz complicações maternas e perinatais.



**NÃO BANALIZAR FEBRE + DOR LOMBAR**



Pielonefrite na gestação pode evoluir com sepse e complicações obstétricas. Encaminhar para avaliação hospitalar.

#### PONTOS-CHAVE



Rastrear bacteriúria assintomática no pré-natal com urocultura.



Tratar ITU conforme cultura/antibiograma com antibiótico seguro.



Orientar hidratação e medidas preventivas.



Acompanhar com uroculturas de controle.



Encaminhar se sinais de pielonefrite ou gravidade.

## 14. ANEMIA NA GESTAÇÃO

A anemia deve ser confirmada e sua causa avaliada, priorizando deficiência de ferro sem ignorar hemoglobinopatias, sangramento e outras etiologias.

- Interpretar hemoglobina/hematócrito considerando trimestre e referência laboratorial.
- Se anemia provável por deficiência de ferro: instituir ferro terapêutico e orientar administração/efeitos adversos.
- Reavaliar resposta hematológica em prazo adequado.
- Anemia importante, sintomática, refratária, com suspeita de hemoglobinopatia ou outra etiologia: ampliar investigação e encaminhar conforme gravidade.



## 14. ANEMIA NA GESTAÇÃO

A anemia deve ser confirmada e sua causa avaliada, priorizando deficiência de ferro sem ignorar hemoglobinopatias, sangramento e outras etiologias.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Considerar os valores de referência do laboratório local. Valores abaixo sugerem anemia na gestação:

| TRIMESTRE                   | HEMOGLOBINA (g/dL) | HEMATÓCRITO (%) |
|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| 1º trimestre (até 13s6d)    | < 11,0             | < 33            |
| 2º trimestre (14s – 27s6d)  | < 10,5             | < 32            |
| 3º trimestre (≥ 28 semanas) | < 11,0             | < 33            |

Interpretar considerando quadro clínico, referência laboratorial e tendência dos resultados.

### 2. PRINCIPAIS CAUSAS

- Deficiência de ferro (causa mais frequente)
- Hemoglobinopatias (ex.: traço talassêmico, anemia falciforme)
- Sangramento (obstétrico, gastrointestinal, outros)
- Deficiência de vitamina B12 e ácido fólico
- Doença crônica, inflamatória ou infecciosa
- Parasitoses intestinais
- Outras etiologias (hipotireoidismo, renal etc.)

### 3. AVALIAÇÃO INICIAL



- ✓ Confirmar anemia e classificar gravidade.
- ✓ Investigar etiologia (preferencialmente antes de iniciar ferro, quando possível).
- ✓ Solicitar conforme suspeita:
  - Hemograma completo
  - Ferritina (quando disponível)
  - Eletroforese de hemoglobina (se suspeita de hemoglobinopatia)
  - Pesquisa de parasitoses e outros exames conforme quadro clínico.

### 4. TRATAMENTO DA DEFICIÊNCIA DE FERRO

#### ESQUEMA ORAL (PREFERENCIAL)



**Sulfato ferroso 300 mg**  
(equivalente a 60 mg de ferro elementar)

1 comprimido VO  
1 a 2 vezes ao dia



Por pelo menos  
3 meses e até  
normalização da Hb.

- Pode ser tomado em dias alternados se intolerância gastrointestinal.
- Preferir administração em jejum ou 1–2 h após refeições (melhor absorção).
- Associar com vitamina C (ex.: suco de laranja) para aumentar absorção.
- Evitar uso concomitante com cálcio, antiácidos, leite e café (reduzem absorção).
- Orientar efeitos adversos: náuseas, desconforto gástrico, constipação e fezes escuras (não representam sangramento).

#### INTOLERÂNCIA AO SULFATO FERROSO (alternativas)



- Ferro polimaltosado 100 mg de ferro elementar – 1 a 2 vezes ao dia
- Gluconato ferroso 300 mg (35 mg de ferro elementar) – 1 cp 2 a 3 vezes ao dia

### ANEMIA MODERADA A GRAVE



- Hb < 8,0 g/dL ou intolerância/refratariedade ao ferro oral
- Considerar ferro venoso, conforme protocolo local
- Avaliar e tratar causa de base
- Encaminhar para avaliação especializada conforme gravidade

### 5. OUTRAS SUPLEMENTAÇÕES

#### Ácido fólico



0,4 mg VO 1x/dia durante toda a gestação (em doses maiores se indicação específica).

#### Vitamina B12



Suplementar se deficiência confirmada, conforme protocolo.

### 6. REAVALIAÇÃO



- Repetir hemograma em 4 a 6 semanas após início do tratamento.
- Esperar aumento de Hb de ~ 1 g/dL em 2–4 semanas.
- Manter tratamento por pelo menos 3 meses e até normalização da Hb e reposição dos estoques (quando ferritina disponível).



### 7. QUANDO SUSPEITAR DE OUTRA ETIOLOGIA OU ENCAMINHAR

- Anemia importante (Hb < 8,0 g/dL) ou sintomática.
- Ausência de resposta ao ferro oral.
- Suspeita de hemoglobinopatia.
- Sangramento ativo ou perda sanguínea relevante.
- Alterações sugestivas de deficiência de B12/folato ou outras causas.
- Comorbidades maternas relevantes.

### SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA



- ✓ Dispneia aos esforços
- ✓ Palpitações
- ✓ Tontura/lipotímia
- ✓ Fadiga intensa
- ✓ Palidez importante
- ✓ Sinais de gravidade do quadro de base

### ORIENTAÇÕES ALIMENTARES



- ✓ Dieta rica em ferro: carnes, vísceras, feijões, lentilha, grão-de-bico, verduras verde-escuras.
- ✓ Associar fontes de vitamina C (frutas cítricas, acerola, kiwi).
- ✓ Evitar consumo de chá, café e leite junto das refeições principais.

### PONTOS-CHAVE



- ✓ Confirmar anemia e investigar causa.
- ✓ Ferro oral é a primeira linha na maioria dos casos.
- ✓ Orientar corretamente o uso e os efeitos adversos.
- ✓ Reavaliar resposta em 4–6 semanas.
- ✓ Não ignorar outras etiologias (hemoglobinopatias, sangramento, deficiência de B12/folato).
- ✓ Encaminhar quando necessário conforme gravidade.

## 15. SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A prevenção da sífilis congênita depende de diagnóstico precoce, tratamento adequado e seguimento documentado.

- Realizar teste na primeira consulta e repetir conforme protocolo nacional, inclusive no terceiro trimestre e em situações de risco.
- Teste treponêmico reagente em gestante sem tratamento adequado documentado: avaliar história e iniciar tratamento indicado no mesmo atendimento, com teste não treponêmico para titulação/seguimento.
- Penicilina benzatina é o tratamento de escolha para sífilis na gestação; alergia verdadeira exige manejo especializado para possibilitar tratamento com penicilina.
- Tratar parceria(s) conforme avaliação, orientar prevenção de reinfecção e registrar doses/datas/lotos quando aplicável.
- Realizar seguimento com teste não treponêmico conforme protocolo e investigar reinfecção/falha quando títulos não evoluírem como esperado.

### INTERVALO ENTRE DOSES

Em esquemas semanais para gestantes, não permitir intervalo excessivo entre doses; se o intervalo ultrapassar o limite aceito pelo protocolo nacional vigente, reiniciar o esquema.

### NOTIFICAÇÃO

Sífilis em gestante é agravo de notificação compulsória. Garantir registro, vigilância e articulação com a maternidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO

## 15. SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A prevenção da sífilis congênita depende de diagnóstico precoce, tratamento adequado e seguimento documentado.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



*Cuidar hoje evita a sífilis congênita!*

1. TESTAGEM

2. DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO

3. TRATAMENTO

4. PARCERIA(S)

5. SEGUIMENTO

6. NOTIFICAÇÃO

#### ESQUEMAS TERAPÊUTICOS (PENICILINA BENZATINA)

| QUADRO CLÍNICO                                                           | DOSE E VIA                                                                                            | INTERVALO                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Sífilis recente</b> (primária, secundária ou latente recente < 1 ano) | 2,4 milhões UI IM dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)                                          | -                                                             |
| <b>Sífilis latente tardia</b> (≥ 1 ano) ou latente de duração ignorada   | 2,4 milhões UI IM (1,2 milhões UI em cada glúteo)                                                     | 1 dose por semana durante 3 semanas (total de 7,2 milhões UI) |
| <b>Neurosífilis ou sífilis com comprometimento do SNC/ocular</b>         | Encaminhar para avaliação especializada. Tratamento e esquema diferem da penicilina benzatina padrão. | -                                                             |

INTERVALO ENTRE DOSES

Em esquemas semanais para gestantes, não permitir intervalo excessivo entre doses. Se o intervalo ultrapassar o limite aceito pelo protocolo nacional vigente, reiniciar o esquema.

#### MONITORAMENTO LABORATORIAL (VDRL/RPR)

- Solicitar titulação no diagnóstico (antes do início do tratamento).
- Repetir conforme protocolo: geralmente no 3º trimestre e no parto, além do seguimento pós-tratamento.
- Esperar redução de pelo menos 2 diluições (ex.: de 1:32 para ≤ 1:8) em até 3-6 meses em sífilis recente.
- Se não houver queda adequada, investigar reinfecção, falha de tratamento e adesão, e reavaliar conduta.

ALERGIA À PENICILINA

- Alergia verdadeira: encaminhar para avaliação especializada (dessensibilização), para permitir tratamento com penicilina.
- Não utilizar alternativas (ex.: doxiciclina, tetraciclina) na gestação.
- Enquanto aguarda manejo especializado, garantir seguimento e orientação.

PREVENÇÃO DA REINFECÇÃO

- Orientar uso de preservativo em todas as relações.
- Estimular testagem e tratamento da(s) parceria(s).
- Repetir testagem em situações de risco.

REGISTRO NO PRONTUÁRIO

- Registrar diagnóstico, esquema, doses, datas e lote da medicação.
- Registrar testagem e tratamento da(s) parceria(s).
- Documentar orientações e seguimento.

IMPACTO NA GESTAÇÃO E FETO

- Pode causar aborto, natimortalidade, prematuridade, baixo peso e sífilis congênita.
- O tratamento adequado e oportuno reduz significativamente esses riscos.

## 16. HIV NA GESTAÇÃO

Diagnóstico e tratamento antirretroviral precoces reduzem de forma expressiva a transmissão vertical.

- Ofertar testagem no pré-natal e repetir conforme protocolo nacional/risco.
- Resultado reagente: realizar algoritmo diagnóstico vigente e encaminhar com prioridade ao serviço de referência, sem perder vínculo com a APS.
- Gestante vivendo com HIV deve ter terapia antirretroviral e monitorização conforme PCDT vigente.
- Planejamento do parto, profilaxia neonatal e orientação sobre alimentação do recém-nascido devem ser definidos pela linha de cuidado especializada.
- Exposição aguda durante a gestação pode exigir PEP; avaliar imediatamente conforme protocolo.



## 16. HIV NA GESTAÇÃO

Diagnóstico e tratamento antirretroviral precoces reduzem de forma expressiva a transmissão vertical.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

### 1. TESTAGEM



- Ofertar testagem na primeira consulta do pré-natal (teste rápido ou sorologia).
- Repetir no 3º trimestre (28-32 semanas) e em situações de risco (nova parceria, IST, violência sexual, uso de drogas, etc.).
- Realizar testagem da parceria(s) quando possível.

### 2. ALGORITMO DIAGNÓSTICO



### 3. RESULTADO REAGENTE



- Iniciar aconselhamento e apoio psicossocial.
- Coletar exames iniciais (conforme PCDT).
- Encaminhar com prioridade ao serviço de referência (ambulatório especializado).
- Iniciar TARV o mais precocemente possível (independe de CD4 e carga viral).
- Manter acompanhamento na APS, articulado com a referência.

### 4. TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)



- Iniciar TARV em todas as gestantes vivendo com HIV, independentemente de CD4 e carga viral.
- Esquemas preferenciais conforme PCDT vigente, com adaptações individuais.
- Garantir adesão, manejo de efeitos adversos e acompanhamento conjunto com serviço de referência.
- Contraindicações e trocas devem seguir PCDT e orientação especializada.

### ESQUEMAS PREFERENCIAIS (PCDT 2026 – exemplos\*)

| ESQUEMA         | POSOLOGIA (adulto)                       |
|-----------------|------------------------------------------|
| TDF + 3TC + DTG | 1 cp VO 1x/dia (associação em dose fixa) |
| TDF + FTC + DTG | 1 cp VO 1x/dia (associação em dose fixa) |
| AZT + 3TC + DTG | 1 cp VO 1x/dia (associação em dose fixa) |

\* Seguir PCDT HIV vigente para escolha do esquema e ajustes.

### 5. EXAMES INICIAIS E ACOMPANHAMENTO



- Carga viral e CD4 (baseline e seguimento).
- Hemograma, função renal (ureia, creatinina), TGO/TGP.
- Sorologias: hepatite B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc), hepatite C (anti-HCV), sífilis e outras IST.
- Avaliar imunidade para toxoplasmose (IgG/IgM).
- Repetir carga viral conforme PCDT (geralmente a cada trimestre e na proximidade do parto).
- Ajustar esquema e reforçar adesão em caso de carga viral detectável.

### 6. EXPOSIÇÃO RECENTE – PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)



- Até 72 horas após a exposição: iniciar PEP o mais precocemente possível.
- Esquema preferencial (adulto, gestante): TDF + 3TC (ou FTC) + DTG por 28 dias (1 cp VO 1x/dia de cada).
- Acompanhar com testes conforme protocolo (0, 30 e 90 dias).

#### Situações de exposição

- Relação sexual desprotegida.
- Violência sexual.
- Acidente com material biológico.
- Parceria sorologia desconhecida e alto risco.

### 7. PLANEJAMENTO DO PARTO



- Conduta definida com serviço de referência, conforme carga viral e evolução clínica.
- Em geral, carga viral indetectável: parto vaginal pode ser considerado.
- Carga viral  $\geq 1.000$  cópias/mL ou desconhecida próximo ao parto: avaliar cesariana eletiva.
- Evitar procedimentos invasivos desnecessários (eletrodo, amniotomia precoce, fórceps).

### 8. PROFILAXIA NEONATAL



- Conduzida pelo serviço de referência.
- Esquema, dose e duração conforme risco e carga viral materna.
- Acompanhamento ambulatorial da criança com testes sorológicos conforme protocolo.

### 9. ALEITAMENTO MATERNO



- Não amamentar (contraindicado).
- Orientar uso de fórmula infantil segura, conforme protocolo municipal.
- Apoiar questões emocionais e práticas relacionadas à não amamentação.

### 10. PARCERIA(S)



- Testar e tratar quando indicado.
- Orientar uso de preservativo.
- Incluir a parceria no acompanhamento para prevenção de reinfecção.

### 11. PREVENÇÃO E ORIENTAÇÕES



- Uso consistente de preservativo durante toda a gestação.
- Evitar novas exposições e uso de drogas injetáveis.
- Vacinação para hepatite B quando não imune.

### 12. PONTOS-CHAVE



- Testar precocemente e repetir.
- Iniciar TARV o quanto antes.
- Manter seguimento e adesão.
- Planejar parto e profilaxia neonatal.
- Não amamentar.
- Registrar e notificar conforme rotina.

## 17. HEPATITES VIRAIS

O pré-natal é oportunidade para diagnosticar hepatites B e C e organizar prevenção da transmissão vertical.

| CONDIÇÃO                                         | CONDUTA                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HBsAg reagente                                   | Confirmar/estadiar conforme protocolo, avaliar função hepática/carga viral quando indicada e encaminhar; garantir planejamento da profilaxia neonatal |
| Sem imunidade/esquema incompleto para hepatite B | Vacinar conforme calendário                                                                                                                           |
| Anti-HCV reagente                                | Confirmar infecção ativa com teste molecular conforme linha de cuidado e encaminhar                                                                   |
| Doença hepática sintomática                      | Avaliar gravidade e encaminhar conforme quadro clínico                                                                                                |



## 17. HEPATITES VIRAIS

O pré-natal é oportunidade para diagnosticar hepatites B e C e organizar prevenção da transmissão vertical.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. TESTAGEM NO PRÉ-NATAL



Solicitar na primeira consulta:

- HBsAg (hepatite B)
- Anti-HCV (hepatite C)
- Anti-HAV IgG (imunidade prévia)

- Repetir conforme protocolo e em situações de risco (ex.: novas parcerias, uso de drogas, violência sexual).
- Vincular e acompanhar resultados no prontuário.

### 2. INTERPRETAÇÃO INICIAL

|                              |                                                                          |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>HBsAg reagente</b>        | Infecção pelo vírus da hepatite B (aguda ou crônica).                    |
| <b>Anti-HBs reagente</b>     | Imunidade (vacinação prévia ou infecção passada).                        |
| <b>Anti-HBs não reagente</b> | Sem imunidade (vacinar).                                                 |
| <b>Anti-HCV reagente</b>     | Exposição ao vírus da hepatite C (confirmar infecção ativa com HCV-RNA). |
| <b>Anti-HAV IgG reagente</b> | Imunidade para hepatite A.                                               |

### 3. MANEJO CONFORME CONDIÇÃO

| CONDIÇÃO                                                | CONDUTA                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HBsAg reagente</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar/estadiar conforme protocolo.</li> <li>• Avaliar função hepática e carga viral quando indicada.</li> <li>• Encaminhar ao serviço de referência.</li> <li>• Garantir planejamento da profilaxia neonatal.</li> </ul> |
| <b>Sem imunidade/esquema incompleto para hepatite B</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar ou completar esquema vacinal para hepatite B conforme calendário.</li> </ul>                                                                                                                                         |
| <b>Anti-HCV reagente</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar infecção ativa com HCV-RNA.</li> <li>• Avaliar função hepática e encaminhar para serviço de referência.</li> </ul>                                                                                                 |
| <b>Doença hepática sintomática</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar gravidade (icterícia, dor abdominal, vômitos, sinais de insuficiência hepática).</li> <li>• Encaminhar conforme quadro clínico.</li> </ul>                                                                           |

### 4. HEPATITE B NA GESTAÇÃO



Transmissão vertical pode ocorrer, principalmente no parto. Profilaxia neonatal reduz de forma expressiva esse risco.

#### AValiação INICIAL

- ✓ HBsAg, Anti-HBs e Anti-HBc (quando disponível).
- ✓ Avaliar função hepática (TGO/TGP, bilirrubinas) e carga viral (HBV-DNA) quando indicada.
- ✓ Classificar fase da infecção e encaminhar.

#### TRATAMENTO ANTIVIRAL

Indicado para gestantes com alta carga viral (geralmente HBV-DNA  $\geq 200.000$  UI/mL), conforme PCDT vigente.

- Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg VO 1x/dia a partir da 28-32ª semana (manter até o parto e reavaliar no puerpério).
- Acompanhamento em serviço especializado.

### PROFILAXIA NEONATAL (RN de mãe HBsAg+)



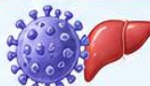
- Imunoglobulina anti-hepatite B (IGHAB): 0,5 mL IM, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida (até 24 h).
- Vacina hepatite B: 1ª dose nas primeiras 12 horas (locais diferentes da IG).
- Completar esquema vacinal conforme calendário (0, 1 e 6 meses).
- Acompanhamento sorológico do RN conforme protocolo.

#### ALEITAMENTO MATERNO



- ✓ Permitido, se o RN receber IGHAB e vacina nas primeiras 12 horas.
- ✓ Não contraindicar o aleitamento.
- ✓ Manter vacinação do RN conforme calendário.

### 5. HEPATITE C NA GESTAÇÃO



A transmissão vertical ocorre em aproximadamente 5-7% dos casos, com maior risco quando há alta carga viral ou coinfecção pelo HIV.

#### MANEJO

- ✓ Confirmar infecção ativa com HCV-RNA.
- ✓ Avaliar função hepática (TGO/TGP, bilirrubinas).
- ✓ Encaminhar para serviço de referência para acompanhamento.
- ✓ Não há tratamento com antivirais de ação direta durante a gestação (conforme PCDT vigente).
- ✓ Tratar após o parto, conforme avaliação especializada.

#### ALEITAMENTO MATERNO

- ✓ Geralmente permitido.
- ✓ Suspender se houver fissuras sangrantes nos mamilos.
- ✓ Não contraindicar o aleitamento na ausência de sangramento.

### 6. HEPATITE A



- Solicitar Anti-HAV IgG para avaliar imunidade.
- Se sem imunidade, vacinar conforme calendário.
- Vacinação é segura na gestação e previne formas graves.

### 7. DOENÇA HEPÁTICA SINTOMÁTICA



- Sinais de gravidade: icterícia, dor abdominal intensa, vômitos, sangramentos, encefalopatia, alteração da função hepática.
- Encaminhar para avaliação hospitalar conforme quadro clínico.

### 8. PREVENÇÃO E ORIENTAÇÕES



- Orientar uso de preservativo em todas as relações.
- Evitar compartilhamento de objetos perfurocortantes.
- Testar e vacinar parceira(s) quando indicado.
- Orientar sobre transmissão vertical e importância do seguimento.

### 9. ACOMPANHAMENTO PÓS-PARTO



- ✓ Manter acompanhamento da gestante no puerpério no serviço de referência.
- ✓ Avaliar e tratar a infecção conforme PCDT.
- ✓ Garantir conclusão da vacinação da criança.

### 10. PONTOS-CHAVE



- ✓ Testar no início do pré-natal e repetir conforme protocolo.
- ✓ Tratar/vacinar/encaminhar conforme condição.
- ✓ Planejar profilaxia neonatal para hepatite B.
- ✓ Manter vínculo com a APS e registrar no prontuário.
- ✓ Orientar sobre prevenção e seguimento.

## 18. TOXOPLASMOSE

A interpretação depende da combinação IgG/IgM, idade gestacional, resultados prévios e, quando indicado, avides de IgG. Evitar decisões baseadas em um único resultado isolado.

| SOROLOGIA INICIAL         | INTERPRETAÇÃO PRÁTICA                       | CONDUTA                                                                                    |
|---------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| IgG – / IgM –             | Suscetível                                  | Orientar prevenção e repetir sorologia conforme protocolo local/epidemiologia              |
| IgG + / IgM –             | Infecção pregressa provável                 | Sem evidência de infecção aguda; manter rotina                                             |
| IgM + com IgG + ou –      | Possível infecção recente ou falso-positivo | Confirmar em laboratório de referência/avides conforme IG; discutir/encaminhar rapidamente |
| Soroconversão documentada | Infecção materna recente                    | Encaminhamento especializado e manejo conforme protocolo vigente                           |

### PREVENÇÃO

Lavar frutas/verduras, cozinhar adequadamente carnes, evitar carne crua/malpessada, usar luvas ao manipular terra e evitar contato desprotegido com fezes de gatos.



## 18. TOXOPLASMOSE

A interpretação depende da combinação IgG/IgM, idade gestacional, resultados prévios e, quando indicado, avides de IgG. Evitar decisões baseadas em um único resultado isolado.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

Cuidar  
hoje, protege  
o amanhã  
do seu bebê!

### 1. INTERPRETAÇÃO DA SOROLOGIA INICIAL

| SOROLOGIA INICIAL         | INTERPRETAÇÃO PRÁTICA                       | CONDUTA                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IgG – / IgM –             | Suscetível                                  | Orientar prevenção e repetir sorologia conforme protocolo local/epidemiologia.                        |
| IgG + / IgM –             | Infecção pregressa provável                 | Sem evidência de infecção aguda; manter rotina.                                                       |
| IgM + com IgG + ou –      | Possível infecção recente ou falso-positivo | Confirmar em laboratório de referência (avides de IgG conforme IG) e discutir/encaminhar rapidamente. |
| Soroconversão documentada | Infecção materna recente                    | Encaminhamento especializado e manejo conforme protocolo vigente.                                     |

### 2. QUANDO SOLICITAR AVIDEZ DE IgG



- ✓ IgM reagente com IgG reagente.
- ✓ Dúvida quanto à data da infecção.
- ✓ Para auxiliar na definição de infecção recente (baixa avides) ou antiga (alta avides).
- ✓ Interpretar considerando a idade gestacional.

#### INTERPRETAÇÃO DA AVIDEZ

|              |                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------|
| Baixa avides | Sugere infecção recente (geralmente < 16 semanas). |
| Alta avides  | Sugere infecção antiga (geralmente > 16 semanas).  |

### 3. CONDUTA NAS PRINCIPAIS SITUAÇÕES

#### GESTANTE SUSCETÍVEL (IgG – / IgM –)

- ✓ Orientar medidas de prevenção.
- ✓ Repetir sorologia conforme protocolo (ex.: a cada trimestre ou conforme epidemiologia local).
- ✓ Manter vigilância clínica.



#### INFECÇÃO PREGRESSA (IgG + / IgM –)

- ✓ Sem evidência de infecção aguda.
- ✓ Não há necessidade de tratamento.
- ✓ Manter acompanhamento de rotina do pré-natal.



#### IgM REAGENTE (com IgG + ou –)

- ✓ Confirmar em laboratório de referência.
- ✓ Solicitar avides de IgG (conforme idade gestacional).
- ✓ Avaliar possibilidade de falso-positivo.
- ✓ Encaminhar para serviço de referência (alto risco/infecção fetal) quando indicado.



#### INFECÇÃO MATERNA RECENTE (soroconversão)

- ✓ Encaminhamento especializado (infetologia e medicina fetal).
- ✓ Iniciar tratamento conforme IG e protocolo (ex.: espiramicina até avaliação fetal).
- ✓ Realizar investigação fetal conforme protocolo (USG seriada e, quando indicado, PCR no líquido amniótico).



### 4. TRATAMENTO MATERNO (Conforme protocolo vigente)

Até 16 semanas  
(sem evidência de infecção fetal)

**Espiramicina**  
1 g VO 8/8 h  
(até avaliação fetal)

Após 16 semanas  
ou com infecção fetal confirmada

**Pirimetamina + Sulfadiazina + Ácido folínico** (esquema em uso no SUS)

- Pirimetamina: dose de ataque 100 mg VO 1x/dia por 2 dias, depois 50 mg VO 1x/dia
- Sulfadiazina: 1 g VO 6/6 h
- Ácido folínico: 10–15 mg VO 1x/dia
- Ajustar e acompanhar com serviço de referência.

### 5. INVESTIGAÇÃO FETAL



- ✓ USG morfológica detalhada e seriada.
- ✓ Avaliar sinais sugestivos de infecção fetal (calcificações intracranianas, ventriculomegalia, hepatosplenomegalia, restrição de crescimento, hidropsia, coriorretinite, etc.).
- ✓ PCR para Toxoplasma no líquido amniótico (conforme IG e protocolo).
- ✓ Acompanhamento especializado em medicina fetal.

### 6. PREVENÇÃO



- ✓ Lavar bem frutas, verduras e legumes.
- ✓ Cozinhar adequadamente as carnes (evitar carne crua ou malpassada).
- ✓ Usar luvas ao manipular terra/jardinagem.
- ✓ Evitar degustação de carne crua (kibe, etc.) e alimentos de origem duvidosa.
- ✓ Manter higiene de utensílios, tábuas e mãos.
- ✓ Evitar contato desprotegido com fezes de gatos (outras pessoas podem realizar a limpeza).



### 7. PONTOS-CHAVE



- ✓ Solicitar sorologia na primeira consulta e repetir conforme protocolo.
- ✓ Interpretar resultados de forma integrada (IgG, IgM, avides, IG e histórico).
- ✓ Não basear decisão em um único exame isolado.
- ✓ Encaminhar precocemente quando houver suspeita de infecção recente.
- ✓ Seguir linha de cuidado especializada para tratamento, investigação fetal e acompanhamento.

## 19. OUTRAS INFECÇÕES RELEVANTES

Investigar e manejar infecções conforme sintomas, epidemiologia e risco materno-fetal.

- Vaginites/IST: diagnosticar preferencialmente por critérios clínicos/laboratoriais e tratar com esquemas compatíveis com gestação.
- Varicela, rubéola suspeita e outras infecções exantemáticas: orientar isolamento quando pertinente e discutir rapidamente com vigilância/referência.
- Influenza/COVID-19: avaliar gravidade, fatores de risco e tratamento antiviral quando indicado por protocolo.
- Dengue: gestação exige vigilância clínica mais estreita e atenção a sinais de alarme, hidratação e critérios de encaminhamento.



## 19. OUTRAS INFECÇÕES RELEVANTES

Investigar e manejar infecções conforme sintomas, epidemiologia e risco materno-fetal.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. VAGINITES E IST

Diagnosticar e tratar com esquemas compatíveis com a gestação.

#### PRINCIPAIS QUADROS

#### Candidíase

- Prurido, corrimento esbranquiado e grumoso, sem odor.
- Tratar com azólicos tópicos.



#### Vaginose bacteriana

- Corrimento acinzentado, odor fétido, pH > 4,5.
- Tratar com metronidazol.



#### Tricomoníase

- Corrimento amarelo-esverdeado, fétido, prurido.
- Tratar com metronidazol.



#### Cervicite (clamídia/gonorréia)

- Coletar NAAT quando disponível.
- Tratar conforme protocolo (ceftriaxona + doxiciclina/azitromicina).



### 2. VARICELA E OUTRAS INFECÇÕES EXANTEMÁTICAS

Investigar história vacinal e exposição. Suspeita: avaliar clinicamente e solicitar exames quando indicado.

#### VARICELA (catapora)

- Suspeita: exantema vesicular com prurido.
- Isolamento de contato/respiratório.
- Avaliar necessidade de imunoglobulina específica se exposição e suscetível (conforme protocolo).
- Tratar casos graves e encaminhar.



#### RUBÉOLA

- Suspeita: exantema, febre, adenomegalias.
- Solicitar sorologia (IgG/IgM).
- Notificar e discutir rapidamente com vigilância/referência.
- Orientar isolamento até definição.



#### OUTRAS (ex.: parvovírus B19, Zika, sarampo)

- Avaliar epidemiologia e viagem.
- Solicitar exames específicos.
- Discutir conduta com referência e vigilância.



### 3. INFLUENZA E COVID-19

Gestantes têm maior risco de complicações respiratórias.

#### AValiação INICIAL



- Investigar sintomas (febre, tosse, odinofagia, dispnéia, mialgia).
- Avaliar gravidade e fatores de risco.
- Testar conforme disponibilidade (testes rápidos/RT-PCR).

#### TRATAMENTO ANTIVIRAL

#### Influenza

- Oseltamivir 75 mg VO 12/12 h por 5 dias (iniciar o mais precoce possível, idealmente ≤ 48 h).
- Seguir protocolo vigente.

#### COVID-19

- Nirmatrelvir/ritonavir conforme protocolo nacional (avaliar interações e contraindicações).
- Iniciar precocemente em casos de risco e doença moderada/grave. Seguimento conforme protocolo.

### 4. DENGUE

Gestação exige vigilância clínica mais estreita e atenção aos sinais de alarme.

#### QUADRO CLÍNICO

- Febre, cefaleia, mialgia, dor retro-orbitária, náuseas, exantema.



#### CONDUTA

- Solicitar hemograma (plaquetas, hematócrito) e outros exames conforme protocolo.
- Hidratação oral ou venosa conforme avaliação clínica.
- Monitorar sinais de alarme e evolução.



#### SINAIS DE ALARME

- Dor abdominal intensa e contínua.
- Vômitos persistentes.
- Sangramento de mucosas.
- Letargia/irritabilidade.
- Queda de plaquetas ou aumento de hematócrito.
- Em caso de sinais de alarme → encaminhar para avaliação hospitalar.

### 5. ESQUEMAS TERAPÊUTICOS MAIS UTILIZADOS NA GESTAÇÃO

| CONDIÇÃO                    | MEDICAMENTO (DOSE)                                                 | DURAÇÃO                 | OBSERVAÇÕES                                                                                                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Candidíase vulvovaginal     | Miconazol 2% creme vaginal (1 aplicador/dia)                       | 7 dias                  | Alternativa: nistatina vaginal 100.000 UI (1 aplicador/dia) por 14 dias. Fluconazol VO não é recomendado na gestação. |
| Vaginose bacteriana         | Metronidazol 500 mg VO 12/12 h                                     | 7 dias                  | Seguro na gestação.                                                                                                   |
| Tricomoníase                | Metronidazol 2 g VO (dose única)<br>OU 500 mg VO 12/12 h           | Dose única<br>ou 7 dias | Tratar parceria(s).                                                                                                   |
| Gonorréia                   | Ceftriaxona 500 mg IM (dose única)                                 | Dose única              | Tratar clamídia se não descartada.                                                                                    |
| Clamídia                    | Azitromicina 1 g VO (dose única)<br>OU Amoxicilina 500 mg VO 8/8 h | Dose única<br>ou 7 dias | Doxiciclina é contraindicada na gestação.                                                                             |
| Síndrome gripal (Influenza) | Oseltamivir 75 mg VO 12/12 h                                       | 5 dias                  | Iniciar precocemente (ideal ≤ 48 h).                                                                                  |

### 6. PREVENÇÃO



- Higiene adequada das mãos.
- Lavar bem frutas, verduras e legumes.
- Cozinhar adequadamente as carnes. Evitar carne crua ou malpassada.



- Consumo de água potável.



- Usar preservativo e tratar parceria(s).



- Prevenir picadas de mosquito (repelente, roupas compridas, eliminar criadouros).



- Evitar contato com fezes de gatos e usar luvas ao manipular terra/jardinação.

### 7. EXAMES COMPLEMENTARES (CONFORME INDICAÇÃO)



- Sorologias específicas (rubéola, parvovírus B19, Zika, etc.).
- Testes rápidos/RT-PCR (influenza, COVID-19).
- Hemograma, plaquetas, função hepática (em dengue e infecções sistêmicas).
- Coleta para NAAT em IST (clamídia, gonorréia, tricomoníase).
- Outros exames conforme quadro clínico e protocolo.

### 8. ENCAMINHAMENTO



- Casos graves de influenza/COVID-19.
- Dengue com sinais de alarme.
- Varicela/rubéola e outras infecções exantemáticas de risco.
- Infecção com repercussão materno-fetal.
- Discussão com vigilância e serviço de referência conforme protocolo.

### 9. PONTOS-CHAVE



- Considerar a idade gestacional e o risco materno-fetal.
- Tratar precocemente e de forma adequada.
- Orientar prevenção de reinfecções.
- Registrar condutas, doses e datas.
- Manter comunicação com a vigilância e a referência.
- Reforçar medidas de prevenção em todas as consultas.

## 20. DIABETES MELLITUS E DIABETES GESTACIONAL

O rastreamento deve identificar tanto diabetes manifesto no início da gestação quanto hiperglicemia diagnosticada durante a gestação.

- Solicitar glicemia no início do pré-natal conforme protocolo vigente.
- Quando não houver diagnóstico de diabetes no início, realizar rastreamento entre 24–28 semanas, preferencialmente com TOTG 75 g conforme linha de cuidado adotada.
- Diagnóstico confirmado: iniciar orientação alimentar, atividade física segura e automonitorização quando disponível/indicada.
- Metas glicêmicas, necessidade de insulina e vigilância fetal devem seguir protocolo especializado.
- Diabetes pré-gestacional, hiperglicemia importante ou dificuldade de controle: encaminhar ao alto risco.

### NÃO ATRASAR O RASTREAMENTO

Gestantes que chegam tardiamente ao pré-natal devem ser avaliadas na primeira oportunidade; não esperar a 'janela ideal' se ela já passou.

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO

## 20. DIABETES MELLITUS E DIABETES GESTACIONAL

O rastreamento deve identificar tanto diabetes manifesto no início da gestação quanto hiperglicemia diagnosticada durante a gestação.

**CASA DA MULHER  
ITARIRI**

SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

*Cuidar hoje é um futuro mais saudável para você e seu bebê!*

1. RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

NO INÍCIO DO PRÉ-NATAL (1ª CONSULTA)

- Solicitar glicemia de jejum.
- Se glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL: investigar e confirmar diabetes pré-gestacional.
- Se glicemia de jejum entre 92–125 mg/dL: considerar hiperglicemia na gestação e realizar TOTG 75 g o quanto antes.

ENTRE 24–28 SEMANAS (se não houver diagnóstico prévio)

- Realizar TOTG 75 g (2 horas) conforme linha de cuidado.
- Se gestante não tiver feito no período ideal, realizar na primeira oportunidade, mesmo após 28 semanas.

2. DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL (TOTG 75 g – critérios usuais)

| TEMPO   | GLICEMIA (mg/dL) | DIAGNÓSTICO                                                                             |
|---------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Jejum   | $\geq 92$        | Diagnóstico de diabetes gestacional se $\geq 1$ valor igual ou acima do ponto de corte. |
| 1 hora  | $\geq 180$       |                                                                                         |
| 2 horas | $\geq 153$       |                                                                                         |

\* Utilizar critérios adotados no protocolo local (podem variar conforme diretrizes vigentes).

DIABETES MANIFESTO NA GESTAÇÃO

|                   |                  |    |                                                         |
|-------------------|------------------|----|---------------------------------------------------------|
| Glicemia de jejum | $\geq 126$ mg/dL | ou | Confirmar em nova amostra e encaminhar para alto risco. |
| Glicemia ao acaso | $\geq 200$ mg/dL | ou |                                                         |
| HbA1c             | $\geq 6,5\%$     |    |                                                         |

3. MANEJO INICIAL (APS)

- Orientação alimentar (individualizada, com suporte de nutricionista quando possível).
- Atividade física segura e regular (ex.: caminhadas), conforme avaliação clínica.
- Automonitorização glicêmica quando disponível/indicada (orientar técnica e registro).
- Educação em saúde, sinais de alarme e importância da adesão ao acompanhamento.

4. METAS GLICÊMICAS (referências usuais)

| MOMENTO                   | META (mg/dL)               |
|---------------------------|----------------------------|
| Jejum                     | 70 – 95                    |
| 1 hora após refeição      | $< 140$                    |
| 2 horas após refeição     | $< 120$                    |
| HbA1c (quando disponível) | $< 6,0\%$ (individualizar) |

\* Metas podem ser ajustadas conforme protocolo local e individualização.

5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

**Primeira linha: INSULINA**

- Indicada quando metas não alcançadas com medidas não farmacológicas.
- Esquemas individualizados conforme perfil glicêmico e protocolo especializado.

**Metformina (pode ser considerada em situações selecionadas, conforme protocolo)**

- Discussão com serviço de referência.
- Não é primeira linha quando há indicação clara de insulina.
- Informar benefícios, limitações e evidências.

6. VIGILÂNCIA FETAL E MATERNA

- Acompanhamento do crescimento fetal (USG seriada conforme protocolo).
- Avaliar líquido amniótico e bem-estar fetal.
- Monitorar pressão arterial, ganho de peso e intercorrências obstétricas.
- Rastrear e tratar comorbidades (hipertensão, infecções, etc.).
- Definir momento e via de parto em conjunto com serviço especializado.

7. ENCAMINHAMENTO AO ALTO RISCO

- Diabetes pré-gestacional.
- Hiperglicemia importante ou difícil controle.
- Uso de insulinoterapia.
- Comorbidades (hipertensão, doença renal, etc.).
- Alterações no crescimento fetal, líquido amniótico ou testes de vitalidade.
- Necessidade de manejo conjunto obstétrico e endocrinológico.

8. CONDUTA PRÁTICA (FLUXO)

9. PONTOS-CHAVE

- Solicitar glicemia no início do pré-natal.
- Se não houver diagnóstico, rastrear entre 24–28 semanas com TOTG 75 g.
- Diagnóstico: iniciar manejo e acompanhar de forma estruturada.
- Considerar insulina quando metas não forem alcançadas.
- Encaminhar ao alto risco nos casos de maior complexidade.
- Manter registro, educação em saúde e seguimento contínuo.

**NÃO ATRASAR O RASTREAMENTO**

Gestantes que chegam tardiamente ao pré-natal devem ser avaliadas na primeira oportunidade; não esperar a "janela ideal" se ela já passou.

**SINAIS DE ALARME**

- Glicemias persistentemente elevadas mesmo com tratamento.
- Sintomas de cetoacidose (náuseas, vômitos, dor abdominal, respiração rápida).
- Redução de movimentação fetal.
- Qualquer intercorrência obstétrica ou clínica relevante.

## 21. HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO E PRÉ-ECLÂMPSIA

Pressão arterial deve ser medida corretamente em todas as consultas. Hipertensão nova após 20 semanas exige avaliação para pré-eclâmpsia.

| ACHADO                                                                                       | AÇÃO                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| PA $\geq$ 140/90 mmHg confirmada                                                             | Repetir com técnica adequada, avaliar sintomas e investigar síndrome hipertensiva |
| PA $\geq$ 160 sistólica ou $\geq$ 110 diastólica persistente                                 | Emergência obstétrica: avaliação hospitalar imediata                              |
| Cefaleia intensa/persistente, escotomas, dor epigástrica/HD, dispneia, alteração neurológica | Suspeitar gravidade e encaminhar imediatamente                                    |
| Hipertensão + proteinúria ou disfunção de órgão-alvo                                         | Suspeitar pré-eclâmpsia; referência especializada/hospitalar conforme gravidade   |

### PREVENÇÃO

Identificar fatores de risco para pré-eclâmpsia precocemente. Profilaxia com AAS em baixa dose e suplementação de cálcio devem seguir critérios e doses do protocolo nacional vigente, iniciadas no período recomendado quando indicadas.

### NÃO RETER NA APS

Hipertensão grave persistente, convulsão, sinais neurológicos, dor epigástrica importante, dispneia/edema pulmonar ou deterioração clínica exigem transferência imediata.



## 21. HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO E PRÉ-ECLÂMPSIA

Pressão arterial deve ser medida corretamente em todas as consultas.  
Hipertensão nova após 20 semanas exige avaliação para pré-eclâmpsia.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

Cuidar hoje  
é proteger  
duas vidas!

### 1. MEDIÇÃO ADEQUADA DA PRESSÃO ARTERIAL



- ✓ Paciente sentada, em repouso por 5 minutos.
- ✓ Usar manguito adequado ao braço.
- ✓ Braço apoiado na altura do coração.
- ✓ Não conversar durante a medida.
- ✓ Realizar pelo menos 2 medidas com intervalo de 1-2 minutos e considerar a média.

### 2. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO\*

| CATEGORIA                             | VALOR (mmHg)                                                         |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Pressão normal                        | < 140 e < 90                                                         |
| Hipertensão na gestação               | $\geq$ 140 e/ou $\geq$ 90 (confirmada em 2 medidas)                  |
| Hipertensão grave                     | $\geq$ 160 e/ou $\geq$ 110                                           |
| Hipertensão crônica                   | PA elevada antes de 20 semanas ou já conhecida previamente           |
| Pré-eclâmpsia                         | Hipertensão após 20 semanas + proteinúria ou disfunção de órgão-alvo |
| Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade | Hipertensão + sinais/sintomas de gravidade (ver item 4)              |

\* Valores podem variar conforme protocolo vigente.

### 3. ACHADOS E CONDUTAS

| ACHADO                                                                                       | AÇÃO                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| PA $\geq$ 140/90 mmHg (confirmada)                                                           | Repetir com técnica adequada, avaliar sintomas e investigar síndrome hipertensiva. |
| PA $\geq$ 160 sistólica ou $\geq$ 110 diastólica persistente                                 | Emergência obstétrica: avaliação hospitalar imediata.                              |
| Cefaleia intensa/persistente, escotomas, dor epigástrica/HD, dispneia, alteração neurológica | Suspeitar gravidade e encaminhar imediatamente.                                    |
| Hipertensão + proteinúria ou disfunção de órgão-alvo                                         | Suspeitar pré-eclâmpsia; referência especializada/hospitalar conforme gravidade.   |

### 4. SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE



### 5. INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL



### 6. MANEJO DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

| TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO (uso contínuo quando indicado) |                 |                                    | TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO GRAVE (em ambiente hospitalar) |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| FÁRMACO                                                     | DOSE INICIAL    | DOSE USUAL                         | FÁRMACO                                                  | DOSE E ESQUEMA                                                   |
| Metildopa                                                   | 250 mg 8/8 h    | 250-500 mg 8/8 h (até 3 g/dia)     | Nifedipino VO                                            | 10 mg (repetir a cada 20-30 min se necessário, até controle).    |
| Nifedipino LP                                               | 20-30 mg 1x/dia | 30-60 mg 1x/dia                    | Labetalol IV                                             | 20 mg em 2 min; repetir 20-80 mg a cada 10 min (máx. 300 mg).    |
| Labetalol                                                   | 100 mg 12/12 h  | 100-400 mg 12/12 h (até 2,4 g/dia) | Hidralazina IV                                           | 5-10 mg em 2 min; repetir 5-10 mg a cada 20 min (máx. 20-30 mg). |

Evitar IECA, BRA, alisqureno e diuréticos de rotina. Individualizar conforme comorbidades e protocolo vigente.

### 7. PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA



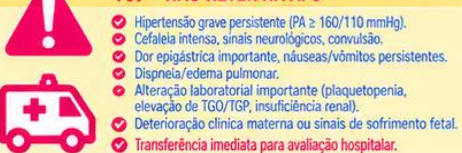
### 8. VIGILÂNCIA MATERNA E FETAL



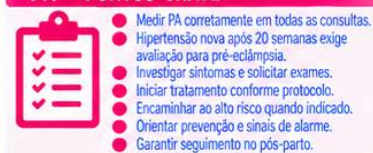
### 9. SITUAÇÕES ESPECIAIS

| HIPERTENSÃO CRÔNICA                                                                                                                                                                                           | PÓS-PARTO                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Manter tratamento seguro na gestação.</li><li>Acompanhamento conjunto com serviço de referência.</li><li>Avaliar risco de pré-eclâmpsia e necessidade de AAS.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Manter vigilância da PA por pelo menos 72 h e reavaliar em 7-10 dias.</li><li>Ajustar medicação conforme PA.</li><li>Orientar sinais de alarme (cefaleia, visual, dor epigástrica, edema, dispneia).</li></ul> |

### 10. NÃO RETER NA APS



### 11. PONTOS-CHAVE



## 22. ALTERAÇÕES DO CRESCIMENTO E BEM-ESTAR FETAL

A avaliação longitudinal é mais informativa que uma medida isolada.

- Acompanhar altura uterina e curva de crescimento a partir da idade gestacional apropriada.
- Discrepância persistente entre altura uterina e IG, parada de crescimento, suspeita de macrosomia ou alteração do líquido amniótico: solicitar avaliação ultrassonográfica e considerar referência.
- Redução de movimentos fetais deve ser avaliada no mesmo dia conforme idade gestacional e contexto.
- Alterações fetais estruturais ou de crescimento relevantes requerem avaliação especializada.

## 22. ALTERAÇÕES DO CRESCIMENTO E BEM-ESTAR FETAL

A avaliação longitudinal é mais informativa que uma medida isolada.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO FETAL

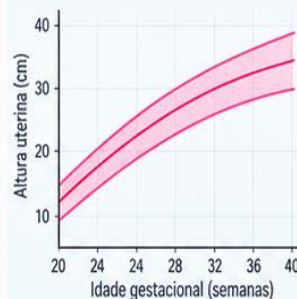
- ✓ Avaliar altura uterina (AU) em todas as consultas a partir de 20 semanas.
- ✓ Utilizar curva de referência (ex.: INTERGROWTH-21st ou adotada pelo protocolo local).
- ✓ Interpretar a evolução das medidas ao longo do tempo, considerando a idade gestacional.
- ✓ Investigar fatores maternos, história obstétrica e condições clínicas associadas.

#### TÉCNICA DA ALTURA UTERINA



- ✓ Paciente em decúbito dorsal, bexiga vazia.
- ✓ Medir da sínfise púbica ao fundo uterino.
- ✓ Registrar em centímetros e plotar na curva.

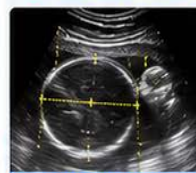
### 2. CURVA DE ALTURA UTERINA (REFERÊNCIA)



Valores fora da faixa esperada ou curva sem progressão devem ser investigados.

### 3. QUANDO SOLICITAR ULTRASSONOGRAFIA

- ✓ Discrepância persistente entre AU e idade gestacional (> 2 semanas).
- ✓ Curva de AU sem progressão.
- ✓ Suspeita de restrição de crescimento fetal (RCF).
- ✓ Suspeita de macrosomia.
- ✓ Alteração do líquido amniótico (oligo ou polidrâmnio).
- ✓ Gestação de alto risco ou complicações maternas.



BIOMETRIA FETAL



LÍQUIDO AMNIÓTICO

### 4. RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL (RCF)

| CRITÉRIO                           | DEFINIÇÃO                                                                                                        |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estimativa de peso fetal (P < P10) | Feto com peso estimado abaixo do percentil 10 para a IG.                                                         |
| RCF precoce                        | Antes de 32 semanas (maior risco de causa placentária).                                                          |
| RCF tardia                         | Após 32 semanas (geralmente mais branda).                                                                        |
| ASSOCIAR                           | Alterações de Doppler, oligoâmnio, redução de movimentos e condições maternas (ex.: hipertensão, pré-eclâmpsia). |

### 5. MACROSSOMIA FETAL

| SITUAÇÃO                                     | CONDUTA                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estimativa de peso $\geq 4.000$ g (ou > P90) | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Investigar fatores maternos (diabetes, ganho ponderal excessivo).</li> <li>✓ Planejar via de parto conforme protocolo e condições clínicas.</li> </ul> |
| Estimativa de peso $\geq 4.500$ g            | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encaminhar para avaliação especializada.</li> <li>✓ Discutir via de parto conforme protocolo local.</li> </ul>                                         |

### 6. LÍQUIDO AMNIÓTICO

| ACHADO                                 | CONDUTA                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Oligodrâmnio (ILA < 5 cm ou BCF < P5)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar causa (placentária, rotura prematura de membranas, RCF).</li> <li>✓ Acompanhamento mais frequente e avaliação especializada.</li> <li>✓ Considerar resolução conforme IG e protocolo.</li> </ul> |
| Polidrâmnio (ILA > 24 cm ou BCF > P95) | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Investigar causas (diabetes, malformações, infecções, anemia fetal).</li> <li>✓ Encaminhar para avaliação especializada.</li> </ul>                                                                      |

### 7. REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

- ✓ Orientar a gestante a reconhecer o padrão habitual de movimentos fetais.
- ✓ Redução ou ausência de movimentos deve ser avaliada no mesmo dia, especialmente, após 28 semanas.
- ✓ Realizar avaliação clínica, cardiotocografia (CTG) quando disponível e ultrassonografia conforme indicação.
- ✓ Se alterações, encaminhar para avaliação hospitalar.

### 8. BEM-ESTAR FETAL – AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

| MÉTODO                       | QUANDO UTILIZAR                                                                         | PRINCIPAIS ACHADOS                                                                |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Ultrassonografia com Doppler | Suspeita de RCF, pré-eclâmpsia, hipertensão, DM, alterações de AU ou líquido amniótico. | Fluxos arteriais e venosos (umbilical, cerebral média, ducto venoso).             |
| Cardiotocografia (CTG)       | Redução de movimentos, gestações de alto risco, avaliação do bem-estar.                 | Reatividade, presença de desacelerações.                                          |
| Perfil biofísico fetal (PBF) | Quando indicado pelo especialista.                                                      | Movimentos, tônus, movimentação respiratória, volume de líquido amniótico e CTG.  |
| Testes complementares        | Conforme avaliação especializada.                                                       | Doppler seriado, avaliação de crescimento, maturidade pulmonar (quando indicado). |

### 9. ENCAMINHAMENTO AO ALTO RISCO

- ✓ RCF confirmada ou suspeita.
- ✓ Macrosomia fetal.
- ✓ Alterações do líquido amniótico.
- ✓ Alterações no Doppler.
- ✓ Malformações fetais.
- ✓ Condições maternas associadas (hipertensão, diabetes, doenças autoimunes).
- ✓ Qualquer alteração estrutural ou de crescimento relevante.
- ✓ Dificuldade de acompanhamento na APS.



#### NÃO SUBESTIMAR A REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS FETAIS

Redução ou ausência de movimentos pode ser sinal de sofrimento fetal e exige avaliação imediata.

#### 8. PONTOS-CHAVE



- Acompanhar altura uterina e curva de crescimento.
- Investigar discrepâncias e solicitar ultrassonografia quando indicado.
- Avaliar redução de movimentos fetais no mesmo dia.
- Alterações de crescimento, líquido amniótico ou Doppler exigem avaliação especializada.
- Manter registro adequado e seguimento contínuo.
- Orientar a gestante sobre sinais de alarme e quando procurar o serviço.



#### SINAIS DE ALARME (PROCURAR SERVIÇO IMEDIATAMENTE)

- Redução ou ausência de movimentos fetais.
- Dor abdominal intensa.
- Sangramento vaginal.
- Perda de líquido amniótico.
- Cefaleia intensa, escotomas, dor epigástrica.
- Dispnéia ou edema importante.

## 23. QUEIXAS COMUNS DA GESTAÇÃO

Sintomas frequentes podem ser benignos, mas devem ser avaliados para excluir sinais de gravidade.

| QUEIXA          | MEDIDAS INICIAIS                                                         | SINAIS PARA AMPLIAR AVALIAÇÃO                                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Náuseas/vômitos | Refeições pequenas, hidratação, evitar gatilhos; antiemético se indicado | Desidratação, perda ponderal, hematêmese, incapacidade de ingerir líquidos |
| Pirose          | Fracionar refeições, evitar deitar após comer, medidas posturais         | Dor torácica atípica, sangramento digestivo, perda de peso                 |
| Constipação     | Água, fibras, atividade física segura                                    | Dor intensa, vômitos, sangramento importante                               |
| Lombalgia       | Postura, exercícios seguros, analgesia apropriada                        | Déficit neurológico, febre, trauma, sintomas urinários                     |
| Edema           | Avaliar PA e distribuição                                                | Edema súbito + hipertensão/sintomas; edema unilateral doloroso             |
| Cefaleia        | PA, história, exame dirigido                                             | Cefaleia intensa nova, sintomas visuais/neurológicos, PA elevada           |



## 23. QUEIXAS COMUNS DA GESTAÇÃO

Sintomas frequentes podem ser benignos, mas devem ser avaliados para excluir sinais de gravidade.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



Orientação,  
acolhimento  
e cuidado  
em todas  
as fases!

| QUEIXA                        | MEDIDAS INICIAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SINAIS PARA AMPLIAR AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Náuseas e vômitos</b>      | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Refeições pequenas e frequentes.</li><li>✓ Hidratação adequada.</li><li>✓ Evitar alimentos e odores que desencadeiam.</li><li>✓ Antiemético se indicado (ver item 2).</li></ul>                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Desidratação (mucosas secas, oligúria).</li><li>✓ Perda ponderal.</li><li>✓ Hematêmese.</li><li>✓ Incapacidade de ingerir líquidos.</li><li>✓ Sinais de cetoacidose.</li></ul>                                                                                     |
| <b>Pirose (refluxo)</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Fracionar refeições.</li><li>✓ Evitar alimentos gordurosos, ácidos, chocolate, cafeína.</li><li>✓ Não deitar nas 2-3 horas após comer.</li><li>✓ Medidas posturais (cabeceira elevada).</li><li>✓ Antiácidos ou bloqueadores H2/IBP se necessário (ver item 2).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Dor torácica atípica ou intensa.</li><li>✓ Disfagia.</li><li>✓ Vômitos persistentes.</li><li>✓ Sangramento digestivo.</li><li>✓ Perda de peso.</li></ul>                                                                                                           |
| <b>Constipação intestinal</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ingesta hídrica adequada (1,5-2 L/dia).</li><li>✓ Dieta rica em fibras (frutas, verduras, legumes, grãos).</li><li>✓ Atividade física segura.</li><li>✓ Laxativos seguros se necessário (ver item 2).</li></ul>                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Dor abdominal intensa.</li><li>✓ Vômitos.</li><li>✓ Sangramento importante.</li><li>✓ Ausência de evacuação por vários dias.</li></ul>                                                                                                                             |
| <b>Lombalgia</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Orientar postura e ergonomia.</li><li>✓ Exercícios e alongamentos seguros.</li><li>✓ Analgesia apropriada (preferir paracetamol).</li><li>✓ Considerar fisioterapia.</li></ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Déficit neurológico (fraqueza, perda de sensibilidade).</li><li>✓ Febre.</li><li>✓ Trauma.</li><li>✓ Sintomas urinários (avaliar ITU/pielonefrite).</li></ul>                                                                                                      |
| <b>Edema</b>                  | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Avaliar pressão arterial e pesquisa de proteinúria.</li><li>✓ Orientar medidas gerais (elevação de MMII, evitar ortostatismo prolongado).</li><li>✓ Avaliar distribuição (fisiológico x anormal).</li></ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Edema súbito e intenso.</li><li>✓ Edema facial e de mãos.</li><li>✓ Edema unilateral doloroso (suspeitar TVP).</li><li>✓ Associado a hipertensão, cefaleia, escotomas ou dor epigástrica (suspeita de pré-eclâmpsia).</li></ul>                                    |
| <b>Cefaleia</b>               | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Avaliar PA e sinais/sintomas associados.</li><li>✓ História e exame neurológico dirigido.</li><li>✓ Analgesia segura (paracetamol) e medidas não farmacológicas.</li><li>✓ Investigar outras causas (enxaqueca, sinusite, etc.).</li></ul>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cefaleia intensa e de início recente.</li><li>✓ Sintomas visuais (escotomas, fosfenos, visão turva).</li><li>✓ Sintomas neurológicos (déficit focal, confusão).</li><li>✓ PA elevada.</li><li>✓ Cefaleia que não melhora com analgesia ou é progressiva.</li></ul> |

### 1. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS (GERAIS)



- ✓ Alimentação fracionada e equilibrada.
- ✓ Hidratação adequada.
- ✓ Atividade física segura (ex.: caminhadas).
- ✓ Sono e descanso.
- ✓ Evitar automedicação.
- ✓ Apoio psicológico e rede de suporte.
- ✓ Orientar sinais de alarme e quando procurar o serviço.



### 4. ORIENTAÇÕES DE RETORNO



- ✓ Reavaliar na consulta de rotina ou antes, se persistência dos sintomas.
- ✓ Ajustar medidas conforme evolução.
- ✓ Manter registro dos sintomas, intervenções e resposta.

### 2. PRINCIPAIS MEDICAÇÕES SEGURAS NA GESTAÇÃO (doses usuais - sempre avaliar individualmente)

#### Náuseas/vômitos



- Piridoxina 25-50 mg VO 6/6-8/8 h
- Domnamina 12,5-25 mg à noite.
- Alternativas: Metoclopramida 10 mg VO 8/8 h ou Ondansetrona 4-8 mg VO 8/8 h.

#### Pirose (refluxo)



- Antiácidos (hidróxido de alumínio + magnésio) 10-20 mL VO após refeições e ao deitar.
- Ranitidina 150 mg VO 12/12 h ou Omeprazol 20 mg VO 1x/dia (usar menor dose efetiva).

#### Constipação



- Lactulose 15-30 mL VO 1-2x/dia ou Polietilenoglicol 17 g VO 1x/dia.

#### Lombalgia/dor



- Paracetamol 500-750 mg VO 6/6-8/8 h (máx. 3 g/dia).

#### Rinite/obstrução nasal



- Soro fisiológico nasal e lavagem.
- Budesonida nasal 1-2 jatos em cada narina 1x/dia.
- Loratadina 10 mg VO 1x/dia (se necessário).

#### Prurido/pele seca



- Hidratação da pele, emolientes.
- Hidroxizina 10-25 mg VO à noite (se prurido intenso).

### 3. INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR (quando indicada)



- ✓ Exames laboratoriais (hemograma, função renal, função hepática, EAS, proteinúria, conforme quadro).
- ✓ Avaliação de PA seriada.
- ✓ Ultrassonografia obstétrica (crescimento, líquido amniótico, bem-estar fetal).
- ✓ Avaliação especializada (nutrição, fisioterapia, psicologia) quando necessário.

### 5. SINAIS DE ALARME (PROCURAR SERVIÇO IMEDIATAMENTE)



- ✓ Vômitos persistentes e incapacidade de ingerir líquidos.
- ✓ Dor abdominal intensa.
- ✓ Sangramento vaginal.
- ✓ Cefaleia intensa, visão turva, escotomas.
- ✓ PA  $\geq 160/110$  mmHg.
- ✓ Edema súbito e importante.
- ✓ Redução ou ausência de movimentos fetais.
- ✓ Febre, dispnéia ou dor torácica.
- ✓ Qualquer piora importante do quadro.

## 24. SANGRAMENTO NA GESTAÇÃO

Sangramento vaginal na gestação exige avaliação da quantidade, dor, idade gestacional e estabilidade hemodinâmica.

### ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

Sangramento moderado/importante, instabilidade, dor intensa, síncope, suspeita de gestação ectópica, placenta prévia/descolamento ou sofrimento fetal → serviço hospitalar.

Evitar exame vaginal digital quando houver possibilidade de placenta prévia até que localização placentária seja conhecida em ambiente apropriado.



## 24. SANGRAMENTO NA GESTAÇÃO

Sangramento vaginal na gestação exige avaliação da quantidade, dor, idade gestacional e estabilidade hemodinâmica.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

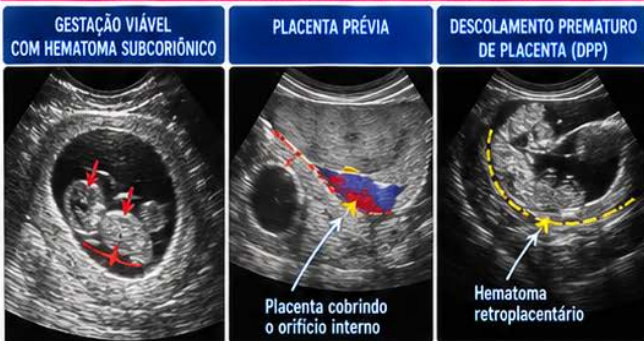
### 1. AVALIAÇÃO INICIAL

- Estabilidade hemodinâmica: PA, FC, perfusão, sinais de choque.
- Caracterizar o sangramento: quantidade, cor, presença de coágulos.
- Investigar dor: tipo, localização, intensidade.
- Idade gestacional e data da última menstruação/USG.
- Sintomas associados: tontura, síncope, contrações, saída de líquido, febre.
- Exame físico: abdome (dor, contrações, hipertermia uterina), avaliação especular quando indicado.
- Solicitar ultrassonografia transvaginal ou abdominal conforme IG e disponibilidade.
- Exames laboratoriais conforme quadro (ver item 6).

### 2. PRINCIPAIS CAUSAS POR IDADE GESTACIONAL

| 1º TRIMESTRE<br>(até 13+6 semanas) | 2º TRIMESTRE<br>(14-27+6 semanas)        | 3º TRIMESTRE<br>(≥ 28 semanas)            |
|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Ameaça de aborto<br>(o mais comum) | Abortamento tardio                       | Placenta prévia                           |
| Aborto (em evolução ou completo)   | Placenta prévia                          | Descolamento prematuro de placenta (DPP)  |
| Gestação ectópica                  | Descolamento prematuro de placenta (DPP) | Ruptura uterina (rara)                    |
| Doença trofoblástica gestacional   | Causas cervicais (pólipo, cervicite)     | Causas locais (cérvice, lesões, ectropio) |

### 3. ULTRASSONOGRAFIA NA AVALIAÇÃO DO SANGRAMENTO



### 4. CONDUTAS PRINCIPAIS (conforme causa e IG)

| SITUAÇÃO                                          | CONDUTA INICIAL                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ameaça de aborto<br>(1º trimestre, colo fechado)  | Repouso relativo, evitar esforços e relação sexual. Avaliar viabilidade fetal e repetir USG conforme evolução. Não há evidência de benefício rotineiro de progesterona. |
| Aborto em evolução/completo                       | Encaminhar conforme quadro clínico e protocolo local. Considerar esvaziamento uterino se necessário.                                                                    |
| Gestação ectópica<br>(suspeita/confirmada)        | Encaminhamento imediato para serviço especializado.                                                                                                                     |
| Placenta prévia                                   | Repouso, evitar relação sexual e exames vaginais. Seguimento especializado. Planejamento de parto.                                                                      |
| Descolamento prematuro de placenta (DPP)          | Avaliar gravidade materno-fetal e encaminhar hospitalar. Conduta conforme estabilidade e idade gestacional.                                                             |
| Causas cervicais<br>(pólipo, cervicite, ectropio) | Tratar causa específica e seguimento.                                                                                                                                   |

### 5. EVITAR EXAME VAGINAL DIGITAL

-  Não realizar toque vaginal digital quando houver possibilidade de placenta prévia até que a localização placentária seja conhecida em ambiente apropriado (USG transvaginal).
-  O exame especular pode ser realizado quando indicado para avaliação de sangramento de origem cervical/vaginal.

### 6. EXAMES COMPLEMENTARES (conforme quadro)

- β-hCG quantitativo (1º trimestre, quando indicado).
- Hemograma (avaliar anemia).
- Tipo sanguíneo e fator Rh (se desconhecido).
- Coagulograma (suspeita de DPP ou sangramento importante).
- Ultrassonografia obstétrica transvaginal/abdominal.
- Outros conforme causa suspeita (urocultura, exames para IST, etc.).

### 7. ACOMPANHAMENTO

- Orientar sinais de alarme e retorno precoce.
- Reavaliar conforme evolução clínica e ultrassonográfica.
- Acompanhamento especializado nas causas de maior risco (placenta prévia, DPP, origem indeterminada, entre outras).
- Apoio emocional e orientações claras à gestante e família.
- Registrar em prontuário todas as informações e condutas.

### 8. ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

- Sangramento moderado ou importante.
- Instabilidade hemodinâmica (PA baixa, taquicardia, sinais de choque).
- Dor abdominal intensa ou persistente.
- Síncope ou pré-síncope.
- Suspeita de gestação ectópica.
- Suspeita de placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta.
- Redução de movimentos fetais ou sofrimento fetal.
- Contrações regulares com sangramento.
- Qualquer situação de deterioração clínica.

### 9. SINAIS DE ALARME (ORIENTAR À GESTANTE)

- Aumento do sangramento ou saída de coágulos.
- Dor abdominal intensa.
- Tontura, desmaio, fraqueza.
- Febre.
- Perda de líquido.
- Contrações regulares.
- Redução ou ausência de movimentos fetais (após 28 sem).
- Procurar o serviço de urgência imediatamente.

## 25. DOR ABDOMINAL E PÉLVICA

A dor deve ser diferenciada entre causas obstétricas, ginecológicas, urinárias, gastrointestinais e cirúrgicas.

- Dor intensa, peritonismo, sangramento, febre, síncope, hipotensão ou taquicardia: avaliação urgente.
- Primeiro trimestre: considerar gestação ectópica e abortamento.
- Segundo/terceiro trimestre: considerar trabalho de parto prematuro, descolamento placentário, infecção urinária/pielonefrite e causas cirúrgicas.

## 25. DOR ABDOMINAL E PÉLVICA NA GESTAÇÃO

A dor deve ser diferenciada entre causas obstétricas, ginecológicas, urinárias, gastrointestinais e cirúrgicas.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



Dor na  
gestação  
merece  
sempre  
avaliação  
criteriosa!

### 1. AVALIAÇÃO INICIAL

- A** Via aérea pérvia.
- B** Avaliar esforço respiratório e saturação de O<sub>2</sub>.
- C** Verificar PA, FC, perfusão e sinais de choque.
- D** Avaliar nível de consciência.
- E** Exame físico geral e obstétrico dirigido.

#### INVESTIGAR

- ✓ Início, localização, intensidade e irradiação da dor.
- ✓ Sintomas associados: sangramento, febre, vômitos, diarreia, disúria, perda de líquido, contrações.
- ✓ Idade gestacional e movimentos fetais.
- ✓ Antecedentes obstétricos, cirúrgicos e clínicos.
- ✓ Exame físico: sinais de irritação peritoneal, avaliação obstétrica (dinâmica uterina, perdas, especular se indicado).

### 2. PRINCIPAIS CAUSAS POR IDADE GESTACIONAL

| 1º TRIMESTRE<br>(até 13+6 semanas)                                                                                                     | 2º TRIMESTRE<br>(14–27+6 semanas)                                                                                            | 3º TRIMESTRE<br>(≥ 28 semanas)                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Abortamento (ameaça, inevitável, incompleto, retido) |  Trabalho de parto prematuro               |  Trabalho de parto prematuro              |
|  Gestação ectópica                                    |  Infecção urinária/pielonefrite            |  Descolamento prematuro de placenta (DPP) |
|  Doença trofoblástica gestacional                    |  Descolamento prematuro de placenta (DPP) |  Ruptura uterina (rara)                  |
|  Cisto de corpo lúteo e torção ovariana             |  Corioamnionite                          |  Corioamnionite                         |
|  Apendicite e outras causas cirúrgicas              |  Apendicite e outras causas cirúrgicas   |  Apendicite e outras causas cirúrgicas  |
|  Cólica intestinal, infecção urinária               |  Cólica intestinal, gases/constipação    |  Cólicas intestinais, constipação       |

### 3. SINAIS DE GRAVIDADE

-  Sangramento vaginal.
-  Dor intensa ou progressiva.
-  Febre (≥ 38 °C).
-  Sinais de peritonismo (defesa, rigidez, Blumberg).
-  Hipotensão, taquicardia e/ou instabilidade.
-  Síncope ou pré-síncope.
-  Perda de líquido amniótico.
-  Redução ou ausência de movimentos fetais (após 28 sem).
-  Sintomas neurológicos.
-  Dispneia.
-  Qualquer deterioração clínica.

### 4. EXAMES COMPLEMENTARES (conforme quadro e IG)

-  β-hCG quantitativo (quando dúvida diagnóstica no 1º trimestre).
-  Hemograma, PCR (conforme suspeita).
-  EAS e urocultura.
-  Ultrassonografia obstétrica transvaginal ou abdominal (conforme IG e indicação).
-  USG de abdome (apendicite, vias biliares, outros).
-  Exames adicionais conforme hipótese: função renal, eletrólitos, amilase/lipase, TGO/TGP, entre outros.

### 5. CONDUTA CONFORME PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS

| CONDIÇÃO                      | ACHADOS SUGESTIVOS                                                        | CONDUTA INICIAL                                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Ameaça de abortamento         | Dor tipo cólica + sangramento discreto, colo fechado.                     | Repouso relativo, orientações e acompanhamento; USG.                  |
| Abortamento em evolução       | Dor + sangramento + alterações no colo/USG.                               | Encaminhamento conforme protocolo (local/risco).                      |
| Gestação ectópica             | Dor unilateral, β-hCG incompatível, USG sem gestação intrauterina.        | Encaminhamento imediato (urgência).                                   |
| Trabalho de parto prematuro   | Contrações regulares + encurtamento de colo.                              | Avaliação hospitalar; tocolítico conforme protocolo.                  |
| DPP (descolamento)            | Dor intensa, sangramento, hipertonia uterina, sinais de sofrimento fetal. | Encaminhamento imediato.                                              |
| ITU/pielonefrite              | Dor lombar ou suprapúbica, febre, EAS alterado.                           | Antibioticoterapia conforme protocolo; encaminhar se febre/gravidade. |
| Apendicite                    | Dor em FID, náuseas, febre, leucocitose.                                  | Avaliação cirúrgica (encaminhar).                                     |
| Colecistite/colelitíase       | Dor em HD/epigástrio, pós-prandial, náuseas/vômitos.                      | Avaliação especializada.                                              |
| Torção ovariana/cisto         | Dor súbita e intensa, unilateral, náuseas/vômitos.                        | Encaminhamento urgente.                                               |
| Cólica intestinal/constipação | Dor difusa, distensão, alteração do hábito intestinal.                    | Medidas clínicas e acompanhamento.                                    |

### 6. FLUXO DE ATENDIMENTO



### 7. ORIENTAÇÕES GERAIS À GESTANTE

- ✓ Não se automedicar.
- ✓ Procurar atendimento se dor intensa, persistente ou associada a sangramento, febre ou perda de líquido.
- ✓ Manter hidratação, alimentação leve e repouso relativo (quando indicado).
- ✓ Observar movimentação fetal (após 28 semanas).
- ✓ Seguir as orientações da equipe de saúde.

### 8. NÃO RETER NA APS

- ✓ Sangramento moderado/importante.
- ✓ Instabilidade hemodinâmica (PA baixa, taquicardia, sinais de choque).
- ✓ Dor intensa ou peritonismo.
- ✓ Suspeita de gestação ectópica, DPP, ruptura uterina ou corioamnionite.
- ✓ Febre com piora clínica.
- ✓ Síncope ou alteração neurológica.
- ✓ Redução/ausência de movimentos fetais (≥ 28 semanas).
- ✓ Perda de líquido amniótico.
- ✓ Qualquer deterioração clínica.

### 9. PONTOS-CHAVE

- ✓ Avaliar dor na gestação de forma sistematizada e considerando a idade gestacional.
- ✓ Solicitar ultrassonografia conforme indicação.
- ✓ Evitar exame vaginal digital quando houver possibilidade de placenta prévia até que a localização placentária seja conhecida em ambiente apropriado (USG transvaginal/abdominal).
- ✓ Encaminhar precocemente os casos de maior risco.
- ✓ Manter registro claro da avaliação, condutas e orientações.

## 26. PERDA DE LÍQUIDO

Suspeita de ruptura de membranas deve ser avaliada no mesmo dia.

### CONDUTA

Orientar uso de absorvente limpo, observar cor/odor e encaminhar para avaliação obstétrica. Evitar múltiplos toques vaginais digitais, especialmente se prematuridade ou ruptura de membranas for possível.



## 26. PERDA DE LÍQUIDO NA GESTAÇÃO

Suspeita de ruptura de membranas deve ser avaliada no mesmo dia.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. COMO IDENTIFICAR?

- ✓ Saída de líquido pela vagina, contínua ou intermitente.
- ✓ Sensação de "escorrimento" que não é urina.
- ✓ Pode ser em pequena quantidade ou em jato.
- ✓ Geralmente líquido claro e incolor, sem odor.
- ✓ Pode ser confundido com corrimento ou urina.
- ✓ Pode ocorrer com ou sem contrações.

### 2. LÍQUIDO AMNIÓTICO X OUTRAS CAUSAS

| CARACTERÍSTICA | LÍQUIDO AMNIÓTICO                | URINA                        | CORRIMENTO                                      |
|----------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| Aspecto        | Claro e aquoso                   | Amarelado                    | Variável (esbranquiçado, amarelado, esverdeado) |
| Quantidade     | Contínua ou em jato              | Geralmente ao esforço        | Pequena quantidade                              |
| Odor           | Sem odor ou levemente adocicado  | Odor característico de urina | Pode ter odor (se infecção)                     |
| Controle       | Não consegue interromper a saída | Consegue interromper         | Não apresenta saída contínua                    |
| Teste da tosse | Aumenta a saída                  | Pode aumentar                | Não altera                                      |

### 3. AVALIAÇÃO INICIAL (APS)

- ✓ Anamnese: início, quantidade, cor, odor, relação com movimentos e contrações, sintomas associados (febre, dor, sangramento).
- ✓ Aferir sinais vitais.
- ✓ Avaliar contrações, dor abdominal e movimentos fetais.
- ✓ Examinar vulva e região perineal (com espéculo, se disponível e seguro).
- ✓ Solicitar/encaminhar para ultrassonografia obstétrica.
- ✓ Exames complementares (conforme IG): especular, pH, teste de cristalização (ferning), teste de IGFBP-1/PAMG-1 (se disponível), cultura de secreção.

### 4. CONDUTA CONFORME IDADE GESTACIONAL

#### < 37 SEMANAS (RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS - RPM)

- ✓ Encaminhamento para avaliação obstétrica no mesmo dia (preferencialmente serviço de referência).
- ✓ Não realizar múltiplos toques vaginais digitais.
- ✓ Avaliar sinais de infecção (corioamnionite), contrações e bem-estar fetal.
- ✓ Seguir protocolo para antibioticoprofilaxia, corticoide para maturação pulmonar fetal e outros cuidados conforme IG e protocolo vigente.

#### ≥ 37 SEMANAS (RUPTURA A TERMO)

- ✓ Encaminhar para avaliação obstétrica (trabalho de parto e via de parto).
- ✓ Avaliar início de contrações e condições materno-fetais.
- ✓ Orientar ida ao serviço de referência, mesmo que sem contrações.

#### SEM CONFIRMAÇÃO DE RUPTURA

- ✓ Manter observação e orientar retorno imediato se persistência de perda de líquido.
- ✓ Tratar outras causas identificadas (ex.: infecção vaginal, ITU).
- ✓ Reavaliar conforme sintomas e protocolo local.

### 5. EXAME ESPECULAR



- ✓ Preferir exame especular (evitar toque vaginal digital).
- ✓ Avaliar saída de líquido pelo orifício cervical.
- ✓ Coletar material para exames conforme disponibilidade.
- ✓ Não realizar manobras repetidas.

### 6. ULTRASSONOGRAFIA



- ✓ Avaliar volume de líquido amniótico (LA).
- ✓ Confirmar vitalidade fetal.
- ✓ Avaliar apresentação, placenta e outras alterações.
- ✓ Complementa a avaliação clínica e laboratorial.

### 7. ORIENTAÇÕES À GESTANTE

- ✓ Usar absorvente limpo para observar a quantidade, cor e odor do líquido.
- ✓ Evitar relações sexuais até avaliação.
- ✓ Não realizar duchas vaginais.
- ✓ Observar se há contrações, dor abdominal, sangramento, febre ou redução de movimentos fetais.
- ✓ Procurar o serviço de saúde imediatamente, mesmo que a perda seja pequena ou intermitente.
- ✓ Levar registro dos sintomas e resultados de exames.

### 8. SINAIS DE ALARME (PROCURAR SERVIÇO IMEDIATAMENTE)

- ✓ Perda de líquido em grande quantidade ou saída contínua.
- ✓ Sangramento vaginal.
- ✓ Contrações regulares e dolorosas.
- ✓ Febre (≥ 38 °C) ou calafrios.
- ✓ Dor abdominal intensa.
- ✓ Redução ou ausência de movimentos fetais.
- ✓ Líquido com odor fétido ou esverdeado (suspeita de infecção).
- ✓ Qualquer piora do quadro.

### 9. PONTOS-CHAVE

- ✓ Suspeita de ruptura de membranas deve ser avaliada no mesmo dia.
- ✓ Evitar múltiplos toques vaginais digitais.
- ✓ O exame preferencial é o especular, com complementação por exames e ultrassonografia.
- ✓ Conduta varia conforme a idade gestacional e presença de sinais de infecção ou trabalho de parto.
- ✓ Encaminhar para avaliação obstétrica conforme protocolo municipal/linha de cuidado.
- ✓ Orientar claramente sinais de alarme e quando procurar o serviço.

## 27. CONTRAÇÕES E SUSPEITA DE TRABALHO DE PARTO

Contrações regulares dolorosas, pressão pélvica, mudança cervical suspeita, sangramento ou perda de líquido exigem avaliação obstétrica.

### PREMATURIDADE

Antes de 37 semanas, suspeita de trabalho de parto prematuro deve ser encaminhada prontamente para serviço com capacidade obstétrica/neonatal.



## 27. CONTRAÇÕES E SUSPEITA DE TRABALHO DE PARTO

Contrações regulares dolorosas, pressão pélvica, mudança cervical suspeita, sangramento ou perda de líquido exigem avaliação obstétrica.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

Reconhecer  
o início do trabalho  
de parto é essencial  
para um parto seguro  
para você e seu bebê!



### 1. O QUE SÃO CONTRAÇÕES?

- ✓ Contrações são o endurecimento e relaxamento do útero. No trabalho de parto tornam-se regulares, progressivamente mais frequentes, intensas e dolorosas, levando a alterações cervicais e ao nascimento.

### 2. DIFERENÇA ENTRE CONTRAÇÕES

#### CONTRAÇÕES DE BRAXTON HICKS (falsas contrações)

- ✓ Irregulares.
- ✓ Geralmente indolores ou leves.
- ✓ Não aumentam de frequência/intensidade.
- ✓ Cessam com repouso, hidratação ou mudança de posição.
- ✓ Não causam alteração cervical.

#### CONTRAÇÕES DE TRABALHO DE PARTO

- ✓ Regulares (intervalos progressivamente menores).
- ✓ Dolorosas (intensidade crescente).
- ✓ Aumentam de frequência e duração.
- ✓ Não cedem com repouso.
- ✓ Podem estar associadas a pressão pélvica, perda de líquido ou sangramento.
- ✓ Causam mudança cervical (dilatação e apagamento).

### 3. PROGRESSÃO TÍPICA DO TRABALHO DE PARTO

|                                                                                      |                                |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
|   | Início da fase ativa<br>3-4 cm | Contrações regulares e dolorosas.      |
|   | Fase ativa<br>4-7 cm           | Contrações mais intensas e frequentes. |
|   | Transição<br>8-9 cm            | Contrações muito intensas e próximas.  |
|  | Período expulsivo<br>10 cm     | Dilatação completa.                    |

### 4. AVALIAÇÃO INICIAL NA APS

- ✓ Anamnese: início, frequência, duração, intensidade das contrações, perda de líquido, sangramento, movimentos fetais.
- ✓ Sinais vitais: PA, FC, temperatura, saturação.
- ✓ Exame obstétrico: inspeção (perda de líquido, sangramento, dinâmica uterina), altura uterina, BCF e toque vaginal apenas se indicado e se não houver suspeita de placenta prévia ou contraindicações.
- ✓ Avaliar apresentação fetal e dinâmica uterina (se disponível).
- ✓ Solicitar exames conforme protocolo local.

### 5. CRITÉRIOS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE TRABALHO DE PARTO

- ✓ Contrações regulares e dolorosas (geralmente a cada 5 minutos ou menos).
- ✓ Duração das contrações ≥ 45-60 segundos.
- ✓ Progressão da intensidade.
- ✓ Pressão pélvica.
- ✓ Perda de líquido (ruptura de membranas).
- ✓ Sangramento (pode ser tampão mucoso ou sanguinolento).
- ✓ Mudança cervical ao exame.

### 6. QUANDO ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE?

- ✓ Contrações regulares e dolorosas com padrão de trabalho de parto.
- ✓ Perda de líquido (suspeita de ruptura de membranas).
- ✓ Sangramento vaginal.
- ✓ Dilatação cervical ≥ 4 cm (se avaliada).
- ✓ Instabilidade hemodinâmica (PA baixa, taquicardia, síncope).
- ✓ Sinais de sofrimento fetal (BCF alterada).
- ✓ Qualquer situação de risco ou deterioração clínica.

### 7. PREMATURIDADE (SUSPEITA DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO)

- ✓ Antes de 37 semanas, suspeita de trabalho de parto prematuro deve ser encaminhada prontamente para serviço com capacidade obstétrica/neonatal.

#### SINAIS DE ALERTA

- ✓ Contrações regulares antes de 37 semanas.
- ✓ Pressão pélvica.
- ✓ Dor lombar em cólica.
- ✓ Alterações do padrão de secreção vaginal.
- ✓ Perda de líquido.
- ✓ Sangramento.
- ✓ Mudança cervical (dilatação/encurtamento).

### 8. CONDUTA NA APS (ESTABILIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO)

1. Confirmar idade gestacional e fatores de risco.
2. Avaliar sinais vitais e BCF.
3. Orientar posição confortável (decúbito lateral esquerdo).
4. Evitar tocolíticos na APS – manejo especializado.
5. NÃO realizar múltiplos toques vaginais, especialmente se prematuridade ou ruptura de membranas for possível.
6. Encaminhar para serviço obstétrico conforme gravidade e idade gestacional.
7. Orientar acompanhante e transporte seguro.

### 9. ORIENTAÇÕES PARA A GESTANTE

- ✓ Reconhecer o padrão das contrações (regulares, mais dolorosas e frequentes).
- ✓ Observar perda de líquido ou sangramento.
- ✓ Manter-se hidratada.
- ✓ Não se automedicar.
- ✓ Procurar o serviço de saúde imediatamente quando houver sinais de trabalho de parto.
- ✓ Levar documentos, cartão da gestante e resultados de exames.
- ✓ Ir acompanhada, se possível.

### EVITAR NA APS

- ✓ Não realizar toques vaginais repetidos.
- ✓ Não retardar o encaminhamento em gestantes com suspeita de trabalho de parto ou perda de líquido.
- ✓ Não administrar tocolíticos ou corticoides sem protocolo e sem indicação formal.
- ✓ Evitar manobras que possam aumentar o risco de infecção.

### 10. PONTOS-CHAVE

- ✓ Contrações regulares, perda de líquido, sangramento ou mudança cervical são sinais de trabalho de parto até prova em contrário.
- ✓ Antes de 37 semanas, considerar prematuridade e encaminhar prontamente.
- ✓ Avaliar sempre sinais vitais e BCF.
- ✓ Evitar múltiplos toques vaginais.
- ✓ Encaminhar para serviço com capacidade obstétrica conforme protocolo municipal/regulação.

## 28. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS FETAIS

Toda queixa materna de redução importante ou ausência de movimentos fetais deve ser valorizada. Confirmar idade gestacional, duração da redução e sintomas associados. Se redução persistente, ausência de movimentos ou coexistência de sangramento, dor, hipertensão ou perda de líquido, encaminhar para avaliação fetal no mesmo dia.



## 28. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS FETAIS

Toda queixa materna de redução importante ou ausência de movimentos fetais deve ser valorizada.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. O QUE SÃO MOVIMENTOS FETAIS?

- ✓ São percepções maternas de movimentos (chutes, giros, estiramentos) realizados pelo feto.
- ✓ Geralmente começam a ser percebidos entre 18-24 semanas (mais cedo em multiparas).
- ✓ Tornam-se mais regulares a partir do 3º trimestre.
- ✓ Existe variação individual de padrão.
- ✓ Não há um número "normal" fixo, mas a mãe conhece o padrão habitual do seu bebê.

### 2. COMO ORIENTAR A GESTANTE?

- ✓ Ensinar a reconhecer o padrão habitual de movimentos do seu bebê.
- ✓ Orientar momentos tranquilos do dia para observar (após alimentação, em repouso, deitada de lado).
- ✓ Contar os movimentos por um período definido (ver item 3).
- ✓ Procurar o serviço de saúde se perceber redução importante, ausência ou mudança do padrão habitual.



### 3. COMO AVALIAR EM CASA?

#### CONTAGEM DOS MOVIMENTOS FETAIS

- Método "10 movimentos"**  
Contar 10 movimentos em até 2 horas (período de maior atividade fetal).
- Se não atingir 10 movimentos em 2 horas: alimentar-se, hidratar-se e observar por mais 2 horas.
- Se persistir com < 10 movimentos em 4 horas ou ausência de movimentos, procurar avaliação no mesmo dia.



#### IMPORTANTE

- ✓ Não é necessário acordar durante a noite.
- ✓ O padrão habitual da gestante é mais importante que um número fixo.
- ✓ Em caso de dúvida, é preferível avaliar.

### 4. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL (APS)

- ✓ Confirmar idade gestacional (data da DUM e/ou USG).
- ✓ Anamnese: início e duração da redução, padrão habitual, últimos movimentos percebidos, sintomas associados (sangramento, dor, perda de líquido, cefaleia, hipertensão, febre, infecção, trauma).
- ✓ Avaliar sinais vitais maternos (PA, FC, temperatura, SatO<sub>2</sub>).
- ✓ Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com sonar/Doppler se disponível.
- ✓ Avaliação de contrações, altura uterina, movimentos fetais durante a consulta.
- ✓ Solicitar ultrassonografia obstétrica e outros exames conforme indicação e protocolo local.

### 5. CONDUTA CONFORME SITUAÇÃO



### 6. EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ **Ultrassonografia obstétrica** (avaliação de vitalidade fetal, crescimento, líquido amniótico, placenta e Doppler, conforme indicação).
- ✓ **Cardiocardiografia (NST)** quando disponível e conforme protocolo.
- ✓ Perfil biofísico fetal (se indicado).
- ✓ Doppler obstétrico (em casos selecionados).
- ✓ Exames laboratoriais conforme suspeita clínica (hemograma, EAS, etc.).

### 7. SINAIS DE ALARME (ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE)

- ✓ Ausência de movimentos fetais.
- ✓ Redução persistente (mesmo após hidratação e alimentação).
- ✓ Sangramento vaginal.
- ✓ Perda de líquido amniótico (suspeita de ruptura de membranas).
- ✓ Contrações regulares dolorosas.
- ✓ Dor abdominal intensa.
- ✓ Hipertensão arterial, cefaleia intensa, sintomas visuais, dor epigástrica.
- ✓ Febre, sinais de infecção.
- ✓ Instabilidade hemodinâmica (PA baixa, taquicardia, síncope).
- ✓ Qualquer suspeita de sofrimento fetal (BCF alterado).

### 8. ORIENTAÇÕES À GESTANTE

- ✓ Conheça o padrão habitual de movimentos do seu bebê.
- ✓ Reserve um momento tranquilo do dia para observar.
- ✓ Hidrate-se e alimente-se antes da contagem.
- ✓ Procure o serviço de saúde se perceber redução importante ou ausência de movimentos.
- ✓ Não se automedique.
- ✓ Leve o cartão da gestante e exames anteriores.
- ✓ Em caso de dúvida, é sempre melhor avaliar.

### 9. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- ✓ A percepção materna é um método sensível para identificar sofrimento fetal.
- ✓ Redução de movimentos pode ser o primeiro sinal de comprometimento fetal.
- ✓ Avaliar sempre em conjunto com idade gestacional, condições maternas e contexto clínico.
- ✓ Não indicar repouso prolongado sem avaliação.
- ✓ Manter registro claro da avaliação, condutas e orientações.

### 10. PONTOS-CHAVE

- ✓ Toda queixa deve ser valorizada.
- ✓ Confirmar IG, duração e sintomas associados.
- ✓ Se redução persistente ou ausência → avaliação no mesmo dia.
- ✓ USG obstétrica e monitorização fetal conforme indicação e protocolo.
- ✓ Orientar a gestante sobre o padrão habitual e sinais de alarme.

## 29. SINAIS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

Os seguintes achados não devem aguardar consulta programada.

| SINAL DE ALERTA                                                           | CONDUTA                           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Sangramento vaginal importante ou com instabilidade                       | Estabilizar e transferir          |
| Convulsão ou alteração importante de consciência                          | Emergência obstétrica             |
| PA grave persistente / sintomas de pré-eclâmpsia grave                    | Avaliação hospitalar imediata     |
| Dispneia importante, dor torácica, hipoxemia                              | Avaliação de emergência           |
| Febre com repercussão sistêmica / suspeita de sepse                       | Encaminhamento imediato           |
| Dor abdominal intensa / peritonismo                                       | Avaliação hospitalar              |
| Perda de líquido com febre, sangramento, prematuridade ou alteração fetal | Avaliação obstétrica imediata     |
| Redução/ausência persistente de movimentos fetais                         | Avaliação fetal no mesmo dia      |
| Suspeita de trabalho de parto prematuro                                   | Encaminhar                        |
| Ideação suicida, violência com risco atual                                | Acionar rede de urgência/proteção |

### FLUXO DE URGÊNCIA

Reconhecer → avaliar ABC e sinais vitais → medidas iniciais dentro da capacidade local → acionar transporte/regulação → comunicar serviço receptor → documentar horário, achados e condutas.



## 29. SINAIS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

Os seguintes achados não devem aguardar consulta programada.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



| SINAL DE ALERTA                                                                                                                | CONDUTA                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Sangramento vaginal importante ou com instabilidade hemodinâmica.                                                              | →  Estabilizar e transferir.                                                  |
| Convulsão ou alteração importante de consciência.                                                                              | →  Emergência obstétrica.                                                     |
| PA grave persistente ( $\geq 160/110$ mmHg) ou sintomas de pré-eclâmpsia grave (cefaleia intensa, escotomas, dor epigástrica). | →  Avaliação hospitalar imediata.                                             |
| Dispneia importante, dor torácica, hipoxemia ( $SpO_2 < 94\%$ ).                                                               | →  Avaliação de emergência.                                                   |
| Febre com repercussão sistêmica / suspeita de sepse.                                                                           | →  Encaminhamento imediato.                                                   |
| Dor abdominal intensa / peritonismo.                                                                                           | →  Avaliação hospitalar.                                                      |
| Perda de líquido com febre, sangramento, prematuridade ou alteração fetal.                                                     | →  Avaliação obstétrica imediata.                                             |
| Redução/ausência persistente de movimentos fetais.                                                                             | →  Avaliação fetal no mesmo dia.                                              |
| Suspeita de trabalho de parto prematuro (antes de 37 semanas).                                                                 | →  Encaminhar para serviço com capacidade obstétrica/neonatal.                |
| Ideação suicida, violência com risco atual.                                                                                    | →  Acionar rede de urgência/proteção (PS, CAPS, assistência social e outros). |

### FLUXO DE URGÊNCIA (APS)



## 30. SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO

Rastrear sofrimento psíquico ao longo do pré-natal e puerpério.

- Perguntar sobre humor, ansiedade, sono, suporte social, uso de substâncias e violência.
- Suspeita de depressão/ansiedade: avaliação clínica e encaminhamento conforme intensidade e rede local.
- Ideação suicida, psicose, agitação grave ou incapacidade de autocuidado: urgência em saúde mental.
- Não suspender psicofármacos essenciais abruptamente; discutir risco-benefício individual.



## 30. SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO

Rastrear sofrimento psíquico ao longo do pré-natal e puerpério.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. AVALIAÇÃO EM TODAS AS CONSULTAS

- ✓ Perguntar sobre humor (tristeza, desânimo, perda de interesse).
- ✓ Avaliar ansiedade (preocupação excessiva, crises de pânico).
- ✓ Investigar qualidade do sono.
- ✓ Identificar rede de apoio familiar e social.
- ✓ Questionar uso de álcool, tabaco e outras substâncias.
- ✓ Investigar situação de violência (física, psicológica, sexual ou patrimonial).

### 2. INSTRUMENTOS DE RASTREIO

#### DURANTE A GESTAÇÃO

- ✓ Edinburgh (EPPDS) preferencial.
- ✓  $\geq 13$  pontos: rastreio positivo (necessita avaliação).
- ✓ Considerar reavaliação periódica.

#### NO PUERPÉRIO

- ✓ Edinburgh (EPPDS).
- ✓ Aplicar entre 4-6 semanas e repetir se necessário.
- ✓  $\geq 13$  pontos: rastreio positivo.

### 3. CLASSIFICAÇÃO E MANEJO

#### LEVE (sem risco imediato)



- ✓ Acolher e escuta qualificada.
- ✓ Orientações e psicoeducação.
- ✓ Incentivar rede de apoio, atividade física segura, sono adequado.
- ✓ Reavaliar nas próximas consultas.

#### MODERADO



- ✓ Avaliação clínica mais detalhada.
- ✓ Considerar acompanhamento multiprofissional (psicologia, Psiquiatria, conforme rede).
- ✓ Discutir indicação de tratamento psicológico e/ou farmacológico conforme risco-benefício.
- ✓ Reavaliar em 2-4 semanas.

#### GRAVE (risco elevado)



- ✓ Ideação suicida.
- ✓ Planos de autoagressão.
- ✓ Psicose (alucinações, delírios).
- ✓ Agitação importante.
- ✓ Incapacidade de autocuidado.
- ✓ Violência com risco atual.

Encaminhamento IMEDIATO para serviço de urgência em saúde mental (UPA/PS/CAPS).

### 4. SINAIS DE ALERTA



- ✓ Ideação suicida ou planos de autoagressão.
- ✓ Alteração importante de consciência.
- ✓ Alucinações, delírios ou comportamento bizarro.
- ✓ Agitação psicomotora grave.
- ✓ Recusa de alimentação ou cuidados básicos.
- ✓ Violência doméstica com risco atual.
- ✓ Uso abusivo de álcool ou outras substâncias.
- ✓ Negligência grave/abandono.

NESTAS SITUAÇÕES, ACIONAR A REDE DE URGÊNCIA/ PROTEÇÃO E ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE.

### 5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO



- ✓ Não suspender psicofármacos essenciais abruptamente.
- ✓ Discutir risco-benefício individual (mãe e feto) com a gestante.
- ✓ ISRS (ex.: sertralina) são opção segura e preferencial quando indicado.
- ✓ Amitríptilina pode ser considerada em casos selecionados.
- ✓ Evitar benzodiazepínicos de uso contínuo (exceto situações específicas).
- ✓ Sempre considerar interação com outras condições clínicas.

### 6. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS



- ✓ Acolhimento e escuta ativa.
- ✓ Psicoterapia (individual ou em grupo) quando disponível.
- ✓ Atividade física leve e regular.
- ✓ Higiene do sono.
- ✓ Fortalecer rede de apoio.
- ✓ Redução/cessação de álcool, tabaco e outras drogas.
- ✓ Orientações sobre autocuidado e estratégias de enfrentamento do estresse.

### 7. SITUAÇÕES ESPECIAIS



#### HISTÓRICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE

- ✓ Acompanhamento multiprofissional.
- ✓ Planejamento prévio do puerpério.
- ✓ Não suspender medicação indicada.



#### VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

- ✓ Acolher, orientar e registrar.
- ✓ Acionar rede de proteção (CRAS/CREAS, Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher).
- ✓ Garantir segurança da gestante.



#### USO DE SUBSTÂNCIAS

- ✓ Abordagem não estigmatizante.
- ✓ Encaminhar para CAPS/atenção especializada.
- ✓ Acompanhamento multiprofissional.

### 8. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO E REDE DE APOIO



#### RASTREAMENTO NAS CONSULTAS

- ✓ Avaliação clínica.
- ✓ Aplicar EPPDS.
- ✓ Identificar fatores de risco.
- ✓ Classificar gravidade.



#### CONDUTA NA APS

- ✓ Acolhimento e orientações.
- ✓ Manejo conforme gravidade.
- ✓ Encaminhamento quando indicado.
- ✓ Acompanhamento e reavaliação.



#### REDE DE APOIO MUNICIPAL

- ✓ Psicologia (UBS/Casa da Mulher).
- ✓ CAPS (saúde mental).
- ✓ Assistência social (CRAS/CREAS).
- ✓ Conselho Tutelar.
- ✓ Delegacia da Mulher (quando violência).



#### URGÊNCIA

- ✓ PS/UPA.
- ✓ Estabilização.
- ✓ Acionar regulação/CROSS quando necessário.
- ✓ Comunicação com serviço receptor.



#### SEGUIMENTO

- ✓ Reavaliar após intervenção.
- ✓ Manter acompanhamento no pré-natal e puerpério.
- ✓ Articular com rede de apoio.
- ✓ Documentar no prontuário.

## 31. VIOLÊNCIA CONTRA A GESTANTE

A abordagem deve ser privada, acolhedora, sem julgamento e centrada na segurança.

- Perguntar de forma sensível quando houver sinais, vulnerabilidade ou oportunidade clínica.
- Registrar achados objetivos e falas relevantes com linguagem técnica.
- Atender lesões e riscos clínicos; avaliar violência sexual e necessidade de profilaxias.
- Acionar rede de proteção/notificação conforme legislação e protocolos vigentes.
- Risco atual de morte ou nova agressão: priorizar segurança e proteção imediata.



## 31. VIOLÊNCIA CONTRA A GESTANTE

A abordagem deve ser privada, acolhedora, sem julgamento e centrada na segurança.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



Você não está sozinha. Falar também é cuidar de você e do seu bebê!

### 1. IDENTIFICAR E SUSPEITAR



Perguntar de forma sensível sobre situações de violência quando houver:

- ✓ Sinais clínicos (lesões, hematomas, queixas inespecíficas).
- ✓ Comportamento sugestivo (medo, ansiedade, isolamento, mudanças de humor).
- ✓ Vulnerabilidade (adolescência, dependência econômica, uso de substâncias, histórico prévio).
- ✓ Oportunidade clínica (pré-natal, consulta de rotina, intercorrência, puerpério).

Exemplos de perguntas (abordagem sensível):

- “Você se sente segura em casa?”
- “Alguém a faz se sentir humilhada, controlada ou com medo?”
- “Você já sofreu algum tipo de violência física, psicológica ou sexual?”

### 2. ABORDAGEM E ESCUTA QUALIFICADA



- ✓ Realizar atendimento em local privado e seguro.
- ✓ Escuta ativa, sem julgamento, respeitando o tempo da gestante.
- ✓ Validar o relato e oferecer apoio.
- ✓ Explicar os próximos passos e garantir confidencialidade, com os limites legais.
- ✓ Registrar achados objetivos e falas relevantes com linguagem técnica no prontuário.
- ✓ Avaliar rede de apoio (família, amigos, serviços).

“A violência não é culpa sua. Estamos aqui para ajudar você e seu bebê a ficarem seguros.”

### 3. AVALIAÇÃO CLÍNICA



- ✓ Avaliar sinais vitais e estado geral.
- ✓ Atender lesões físicas e riscos clínicos.
- ✓ Avaliar idade gestacional, vitalidade fetal e queixas obstétricas.
- ✓ Documentar lesões (descrição detalhada, localização, tamanho, características) e, se possível, fotografar (conforme protocolo).
- ✓ Solicitar exames e outros atendimentos conforme necessidade.
- ✓ Investigar risco de violência sexual e indicar profilaxias (vide quadro abaixo).

#### SINAIS DE GRAVIDADE / RISCO IMEDIATO



- Risco atual de morte ou nova agressão.
- Lesões graves.
- Ameaças com arma.
- Estrangulamento.
- Agressão sexual recente.
- Ideação suicida ou risco de autoagressão.
- Recusa de cuidados básicos.
- Sem rede de apoio e situação de vulnerabilidade.

### 4. VIOLÊNCIA SEXUAL – MANEJO INICIAL



- ✓ Atendimento ideal nas primeiras 72 horas.
- ✓ Oferecer profilaxias, exames e apoio psicossocial.
- ✓ Não realizar exame vaginal se não houver consentimento.
- ✓ Coleta de vestígios conforme protocolo (quando aplicável).

#### PROFILAXIAS (CONFORME PROTOCOLO E TEMPO DA EXPOSIÇÃO)

| INDICAÇÃO                                    | ESQUEMA / OBSERVAÇÕES                                                              |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| IST (HIV, sífilis, HBV, gonorreia, clamídia) | Conforme protocolo municipal/PCDT.                                                 |
| HIV                                          | PEP em até 72 h (28 dias).                                                         |
| Hepatite B                                   | Vacina + imunoglobulina (se não vacinada).                                         |
| Sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase   | Esquemas recomendados (dose única ou tratamento conforme protocolo).               |
| Contracepção de emergência                   | Levonorgestrel 1,5 mg VO (se < 72 h) – avaliar risco/benefício na gestação.        |
| Exames                                       | β-hCG (se dúvida), sorologias (HIV, sífilis, HBV, HCV), exames conforme protocolo. |

### 5. CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

#### BAIXO

- ✓ Sem risco iminente.
- ✓ Sem ameaças atuais.
- ✓ Rede de apoio presente.
- ✓ Sem lesões graves.

Acompanhamento na APS, orientações, encaminhamento à assistência social e acompanhamento multiprofissional.

#### INTERMEDIÁRIO

- ✓ Episódios recorrentes.
- ✓ Ameaças sem arma.
- ✓ Controle excessivo.
- ✓ Isolamento social.
- ✓ Vulnerabilidade social importante.

Encaminhar para rede de proteção (CRAS/CREAS, Casa da Mulher) e reforçar plano de segurança. Acompanhamento próximo.

#### ALTO

- ✓ Risco de morte ou nova agressão.
- ✓ Uso de arma.
- ✓ Estrangulamento.
- ✓ Lesões graves.
- ✓ Agressão sexual recente.
- ✓ Ideação suicida.

#### PROTEÇÃO IMEDIATA

- ✓ Acionar urgência (PS/UPA) e regulação.
- ✓ Encaminhar para serviço especializado.
- ✓ Não liberar a paciente se houver risco atual.

### 6. REDE DE PROTEÇÃO E NOTIFICAÇÃO



#### NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- ✓ Violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais (Ficha SINAN).
- ✓ Registrar em prontuário.
- ✓ Seguir legislação vigente e protocolo municipal.



#### REDE DE APOIO

- ✓ Casa da Mulher (assistência integral).
- ✓ CRAS/CREAS (assistência social).
- ✓ Conselho Tutelar (quando houver crianças).
- ✓ Delegacia da Mulher (quando crime).
- ✓ Saúde Mental (CAPS/APS).
- ✓ Apoio jurídico, quando necessário.

Acionar a rede conforme a situação e o risco. Garantir acompanhamento contínuo.

### 7. PLANO DE SEGURANÇA



- ✓ Identificar situações de risco e gatilhos.
- ✓ Orientar sobre locais seguros e pessoas de confiança.
- ✓ Disponibilizar telefones úteis.
- ✓ Discutir estratégias de saída de casa, documentos e recursos essenciais.
- ✓ Planejar sinal de alerta com pessoas de confiança.

### 8. TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO



- ✓ Tratar lesões físicas e condições clínicas.
- ✓ Manejo da saúde mental (ansiedade, depressão, TEPT).
- ✓ Não suspender psicofármacos essenciais abruptamente; discutir risco-benefício individual.
- ✓ Acompanhamento multiprofissional (APS, psicologia, serviço social, obstetria).
- ✓ Reavaliar gravidade e segurança em todas as consultas.
- ✓ Garantir continuidade do cuidado no pós-parto.

### 9. TELEFONES E SERVIÇOS ÚTEIS



|                                              |                 |
|----------------------------------------------|-----------------|
| Emergência (SAMU)                            | 192             |
| Polícia Militar                              | 190             |
| Disque 180 – Central de Atendimento à Mulher | 180             |
| Casa da Mulher Itariri                       | (13) xxxxx-xxxx |
| CRAS Itariri                                 | (13) xxxxx-xxxx |
| CREAS Itariri                                | (13) xxxxx-xxxx |
| Delegacia da Mulher (Registro-SP)            | (13) xxxxx-xxxx |
| CAPS Itariri                                 | (13) xxxxx-xxxx |
| Conselho Tutelar                             | (13) xxxxx-xxxx |

## 32. SAÚDE BUCAL

Toda gestante deve ser estimulada a realizar avaliação odontológica.

Tratamentos odontológicos necessários não devem ser adiados apenas por gestação. Informar ao cirurgião-dentista a idade gestacional, comorbidades e medicamentos; reforçar higiene oral e prevenção de doença periodontal.



## 32. SAÚDE BUCAL

Toda gestante deve ser estimulada a realizar avaliação odontológica.

Tratamentos odontológicos necessários não devem ser adiados apenas por gestação. Informar ao cirurgião-dentista a idade gestacional, comorbidades e medicamentos; reforçar higiene oral e prevenção de doença periodontal.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

### 1. POR QUE É IMPORTANTE?

- ✓ A doença periodontal na gestação está associada a parto prematuro, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia.
- ✓ O controle da saúde bucal reduz infecções, dor e uso de medicações na gravidez.
- ✓ A gestação aumenta o risco de cárie, gengivite e alteração gengival (granuloma gravídico).
- ✓ Tratamentos odontológicos necessários são seguros e não devem ser adiados apenas por causa da gestação.

### 2. QUANDO ENCAMINHAR?

- ✓ Idealmente no 1º trimestre, para avaliação e planejamento.
- ✓ Também pode ser encaminhada em qualquer trimestre.
- ✓ Encaminhar se houver dor, sangramento gengival persistente, mobilidade dentária, lesões na mucosa, cárie extensa ou necessidade de tratamento.
- ✓ Gestantes com diabetes, hipertensão, doença periodontal ou alto risco obstétrico devem ter acompanhamento odontológico regular.

### 3. MANEJO ODONTOLÓGICO

- ✓ Avaliação clínica completa (exame bucal, úlcera, cárie, gengiva, periodonto, mobilidade dentária).
- ✓ Profilaxia, raspagem e tratamento periodontal.
- ✓ Restaurações, tratamento de cárie, exodontias e tratamento endodôntico, quando indicados.
- ✓ Uso seguro de anestésicos locais (lidocaína com epinefrina) e radiografias com proteção adequada.
- ✓ Evitar postergar procedimentos necessários por conta da gestação.

### 4. PRINCIPAIS CONDIÇÕES E MANEJO



#### GENGIVITE GRAVÍDICA

- ✓ Gengiva avermelhada, edemaciada e sangramento.
- ✓ Orientar higiene oral rigorosa + profilaxia.



#### DOENÇA PERIODONTAL

- ✓ Risco de parto prematuro e baixo peso.
- ✓ Raspagem e acompanhamento periódico.



#### CÁRIE DENTÁRIA

- ✓ Tratamento restaurador (resina/ionômero).
- ✓ Controle da dieta e higiene oral.



#### GRANULOMA GRAVÍDICO

- ✓ Lesão gengival benigna, geralmente regredir após o parto.
- ✓ Orientar higiene, evitar trauma e avaliar com o CD.



#### LESÕES NA MUCOSA

- ✓ Aftas, candidíase ou outras lesões.
- ✓ Tratar conforme causa e gravidade.

### 5. MEDIDAS DE PREVENÇÃO



- ✓ Escovação após as refeições (creme dental fluoretado).



- ✓ Uso diário de fio dental.



- ✓ Alimentação equilibrada e redução de açúcares.



- ✓ Enxaguantes conforme orientação do cirurgião-dentista.



- ✓ Consultas periódicas durante a gestação e puerpério.



- ✓ Evitar tabaco, álcool e outras substâncias.



- ✓ Manter acompanhamento mesmo sem sintomas.

### 6. O QUE É SEGURO NA GESTAÇÃO?

| PROCEDIMENTO / MEDICAÇÃO | CONSIDERAÇÕES                                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anestésico local         | Lidocaína com epinefrina (categoria B).                                                                   |
| Radiografia odontológica | Pode ser realizada, com avental de chumbo e colimação.                                                    |
| Profilaxia e raspagem    | Seguras em qualquer trimestre.                                                                            |
| Restaurações             | Seguras.                                                                                                  |
| Exodontias               | Podem ser realizadas quando indicadas.                                                                    |
| Tratamento endodôntico   | Possível, quando necessário.                                                                              |
| Analgésicos              | Paracetamol é preferencial.                                                                               |
| Antibióticos             | Amoxicilina, cefalexina e clindamicina são opções seguras (categoria B).                                  |
| Evitar                   | AINEs (especialmente no 3º trimestre), tetraciclina e metronidazol no 1º trimestre (avaliar caso a caso). |

### 7. SITUAÇÕES ESPECIAIS



- ✓ Dor odontogênica, abscesso ou infecção: tratar imediatamente (antibiótico + drenagem/exodontia conforme indicação).
- ✓ Trauma dentário: avaliar e tratar.
- ✓ Sangramento gengival importante: avaliar doença periodontal e orientar higiene.
- ✓ Lesões persistentes ou suspeitas: encaminhar para avaliação especializada.
- ✓ Gestantes com diabetes, hipertensão ou risco obstétrico: priorizar acompanhamento odontológico.

### 8. ORIENTAÇÕES À GESTANTE



- ✓ Mantenha boa higiene bucal todos os dias.
- ✓ Procure o cirurgião-dentista mesmo sem dor.
- ✓ Informe sempre a idade gestacional e os medicamentos em uso.
- ✓ Realize os tratamentos indicados.
- ✓ Em caso de dor, inchaço, febre ou sangramento, procure atendimento.
- ✓ Continue o acompanhamento no pós-parto.

### 9. FLUXO NA REDE MUNICIPAL



- ✓ Orientação e rastreio na gestação.
- ✓ Encaminhar para avaliação odontológica.
- ✓ Acompanhar adesão e retorno.
- ✓ Avaliação e acompanhamento conforme protocolo municipal.
- ✓ Articulação com a equipe de Saúde Bucal.
- ✓ Encaminhar casos complexos (periodontia, endodontia, cirurgia oral).
- ✓ Retorno com contrarreferência.

### 33. HÁBITOS E EXPOSIÇÕES

Reduzir exposições evitáveis é parte do cuidado pré-natal.

| EXPOSIÇÃO           | ORIENTAÇÃO                                                                                 |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tabaco/nicotina     | Recomendar cessação e oferecer apoio; evitar fumaça passiva                                |
| Álcool              | Recomendar abstinência durante toda a gestação                                             |
| Outras drogas       | Abordagem não punitiva, redução de danos e cuidado especializado quando necessário         |
| Riscos ocupacionais | Avaliar calor extremo, químicos, radiação, esforço e agentes biológicos conforme atividade |
| Alimentos           | Evitar carnes cruas/malpassadas e alimentos sem segurança sanitária; higienizar vegetais   |



### 33. HÁBITOS E EXPOSIÇÕES

Reduzir exposições evitáveis é parte do cuidado pré-natal.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



#### 1. PRINCIPAIS EXPOSIÇÕES E ORIENTAÇÕES

| EXPOSIÇÃO                                                                                               | ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Tabaco/nicotina       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendar cessação do tabagismo.</li> <li>Oferecer apoio (aconselhamento, terapias comportamentais e, quando indicado, tratamento).</li> <li>Evitar exposição à fumaça passiva.</li> </ul>                                                                                                                                     |
|  Álcool               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendar abstinência durante toda a gestação.</li> <li>Não existe quantidade segura.</li> <li>Oferecer orientação e suporte para cessação.</li> </ul>                                                                                                                                                                         |
|  Outras drogas       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abordagem não punitiva e acolhedora.</li> <li>Redução de danos e encaminhamento para cuidado especializado (CAPS AD) quando necessário.</li> <li>Evitar automedicação e uso de drogas ilícitas.</li> </ul>                                                                                                                      |
|  Riscos ocupacionais | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar calor extremo, exposição a químicos, radiação ionizante, esforço físico e agentes biológicos conforme a atividade.</li> <li>Adequar atividades e considerar afastamento quando houver risco.</li> <li>Orientar uso de EPIs e medidas de proteção.</li> </ul>                                                            |
|  Alimentos           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar carnes cruas ou malpassadas, ovos crus, leite não pasteurizado e alimentos sem segurança sanitária.</li> <li>Higienizar bem frutas, verduras e legumes.</li> <li>Evitar peixes com alto teor de mercúrio (tubarão, peixe-espada, cação, atum em excesso).</li> <li>Orientar alimentação equilibrada e segura.</li> </ul> |

#### 2. OUTRAS EXPOSIÇÕES IMPORTANTES

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Toxoplasmose (contato com gatos) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar limpeza de caixa de areia (ou usar luvas e higiene rigorosa).</li> <li>Lavar bem frutas, verduras e mãos.</li> <li>Cozer bem carnes.</li> </ul>                 |
|  Peixes com mercúrio elevado      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar tubarão, peixe-espada, cação, atum em excesso.</li> <li>Preferir peixes de baixo teor de mercúrio (sardinha, salmão, tilápia, pescada).</li> </ul>              |
|  Calor extremo                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar exposição prolongada.</li> <li>Hidratar-se adequadamente.</li> <li>Adaptar atividades físicas e laborais.</li> </ul>                                            |
|  Radiação ionizante             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar exames desnecessários.</li> <li>Utilizar proteção abdominal quando indicada.</li> <li>Informar a gestação em qualquer serviço.</li> </ul>                       |
|  Agentes biológicos             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene das mãos.</li> <li>Uso de EPIs conforme atividade.</li> <li>Atenção em atividades de saúde, laboratório, limpeza, agricultura e manejo de resíduos.</li> </ul> |
|  Produtos químicos              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar contato com solventes, pesticidas, tintas e produtos de limpeza concentrados.</li> <li>Usar ambientes ventilados e EPIs.</li> </ul>                             |

#### 3. MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

- Evitar automedicação (inclusive fitoterápicos e "naturais").
  - Informar sempre a gestação ao profissional de saúde.
  - Revisar medicamentos em uso e avaliar risco-benefício.
  - Evitar AINEs no 3º trimestre.
  - Usar apenas medicamentos com indicação e segurança conhecidas na gestação.
- Qualquer novo medicamento deve ser prescrito e acompanhado por profissional de saúde.

#### 4. VACINAS E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

- Manter vacinação em dia conforme calendário da gestante (influenza, COVID-19, dT/dTpa).
- Evitar contato com pessoas doentes (quando possível).
- Higiene frequente das mãos.
- Cuidados com alimentos e água.
- Prevenir infecções sexualmente transmissíveis (uso de preservativo quando indicado).

#### 5. ATIVIDADE FÍSICA E PESO SAUDÁVEL

- Incentivar atividade física regular e segura (conforme avaliação clínica).
- Evitar esportes de alto impacto ou risco de trauma abdominal.
- Manter ganho de peso dentro da faixa recomendada para o IMC pré-gestacional.
- Orientar alimentação equilibrada e hidratação adequada.

#### 6. AMBIENTE DOMICILIAR E ESTILO DE VIDA

- Manter ambiente limpo, ventilado e livre de mofo.
- Evitar uso de fogão a lenha em locais fechados.
- Reduzir exposição a fumaça, poeira e poluentes.
- Garantir sono adequado e rotina de descanso.
- Buscar rede de apoio familiar e social.
- Identificar e reduzir situações de estresse.

#### 7. PONTOS DE ATENÇÃO ESPECÍFICOS

- Adolescência, uso de substâncias, violência e vulnerabilidade social aumentam o risco de exposições e exigem acompanhamento mais próximo.
- Trabalhadoras expostas a riscos devem ser avaliadas caso a caso, com possibilidade de adequação de função ou afastamento.
- Viagens longas, altitude elevada e mergulho recreativo devem ser evitados.
- Tatuagens e piercings: realizar apenas em locais regulamentados, com materiais descartáveis.

#### 8. MENSAGEM FINAL

- Evitar exposições nocivas hoje é um investimento na sua saúde e no futuro do seu bebê.

## 34. ATIVIDADE FÍSICA, SEXUALIDADE E ROTINA

Na ausência de contraindicação, atividade física moderada é geralmente benéfica.

- Individualizar atividade conforme condição prévia, obstétrica e clínica.
- Interromper exercício e procurar avaliação se houver sangramento, dor torácica, dispneia desproporcional, tontura/síncope, perda de líquido ou contrações regulares.
- Atividade sexual pode ser mantida na maioria das gestações; restringir quando houver indicação obstétrica específica.
- Orientar sono, hidratação, ergonomia, uso de cinto de segurança e prevenção de quedas.



## 34. ATIVIDADE FÍSICA, SEXUALIDADE E ROTINA

Na ausência de contraindicação, atividade física moderada é geralmente benéfica.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



Movimento,  
bem-estar  
e qualidade  
de vida para  
você e seu bebê!

### 1. BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

-  Melhora do condicionamento cardiorrespiratório.
-  Auxilia no controle do peso gestacional.
-  Reduz risco de diabetes gestacional e hipertensão.
-  Melhora do humor, sono e qualidade de vida.
-  Reduz edema, dor lombar e constipação.
-  Prepara o corpo para o parto e recuperação no pós-parto.

### 2. QUAIS ATIVIDADES SÃO SEGURAS?

-  Caminhada.
-  Natação e hidroginástica.
-  Bicicleta ergométrica.
-  Exercícios de fortalecimento leve a moderado.
-  Alongamento, pilates e yoga pré-natal (com orientação).
-  Dança de baixo impacto.
-  Frequência: 3–5 vezes/semana.
-  Duração: 30–60 minutos/dia.
-  Intensidade: moderada (conseguir conversar durante o exercício).

### 3. ORIENTAÇÕES GERAIS

-  Individualizar conforme condição prévia, obstétrica e clínica.
-  Hidratação adequada antes, durante e após o exercício.
-  Evitar calor excessivo e ambientes muito quentes.
-  Usar roupas e calçados adequados.
-  Evitar exercícios em decúbito dorsal prolongado após 20 semanas.
-  Manter alimentação equilibrada.
-  Priorizar sono adequado (7–9 h/noite).
-  Ergonomia no trabalho e nas atividades diárias (evitar longos períodos sentada ou em pé).

### 4. QUANDO INTERROMPER E PROCURAR AVALIAÇÃO?



- ✓ Sangramento vaginal.
- ✓ Dor abdominal ou contrações regulares.
- ✓ Perda de líquido.
- ✓ Dor torácica.
- ✓ Dispneia desproporcional.
- ✓ Tontura, síncope ou mal-estar importante.
- ✓ Redução dos movimentos fetais.
- ✓ Cefaleia intensa, alterações visuais ou PA elevada.
- ✓ Qualquer sintoma que preocupe a gestante.



### 5. ATIVIDADE SEXUAL NA GESTAÇÃO



- ✓ Pode ser mantida na maioria das gestações.
- ✓ Não há evidência de que prejudique o bebê.
- ✓ Pode melhorar o vínculo do casal, o bem-estar e a lubrificação vaginal.
- ✓ Orientar uso de preservativo se risco de IST.

#### RESTRICÇÕES / EVITAR QUANDO HOUVER:

- Sangramento vaginal.
- Ameaça de aborto ou trabalho de parto prematuro.
- Ruptura prematura de membranas.
- Placenta prévia.
- Incompetência istmocervical (cérclagem).
- Restrição obstétrica individual orientada pelo especialista.



### 6. CUIDADOS COM A ROTINA



- Sono: 7–9 horas/noite e, se possível, cochilos diurnos.
- Hidratação: 2–3 litros/dia (ajustar conforme orientação clínica).
- Ergonomia: postura correta, pausas regulares, evitar longos períodos sentada ou em pé.
- Cinto de segurança: usar sempre, com a faixa abdominal abaixo do abdome e a faixa diagonal entre as mamas.
- Prevenção de quedas: ambiente seguro, iluminação adequada, calçados estáveis.
- Atividades domésticas e laborais: adaptar tarefas que exijam esforço excessivo, carregar peso ou risco de queda.

### 7. ATIVIDADES QUE DEVEM SER EVITADAS



- Esportes de alto impacto (corrida intensa, salto, crossfit).
- Esportes com risco de queda ou trauma abdominal (futebol, lutas, equitação, ciclismo de alta velocidade).
- Mergulho e atividades com mudança de pressão.
- Esportes em altitude elevada.
- Exercícios em ambiente muito quente ou desidratante.
- Levantamento de peso intenso (acima de orientação profissional).
- Decúbito dorsal prolongado após 20 semanas.



### 8. SITUAÇÕES ESPECIAIS



- ✓ Doenças pré-existentes (hipertensão, diabetes, doença cardíaca, respiratória): avaliação e liberação individual.
- ✓ Gestação de alto risco: seguir orientação obstétrica; pode haver restrições específicas.
- ✓ Obesidade: atividade física adaptada, com acompanhamento profissional.
- ✓ Limitações físicas: adaptar exercícios conforme necessidade (fisioterapia).

### 9. MENSAGEM FINAL



Atividade física  
segura, bem-estar  
e rotina saudável  
contribuem para  
uma gestação mais  
tranquila e um bebê  
mais saudável!

## 35. PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A preparação deve começar antes do termo e incluir vinculação, transporte, sinais de trabalho de parto e documentos.

- Definir com a gestante o serviço de referência para o parto conforme rede/regulação vigente.
- Orientar sinais de trabalho de parto, perda de líquido, sangramento e redução de movimentos fetais.
- Planejar transporte e acompanhante; revisar documentos, Caderneta da Gestante, exames e medicações.
- Discutir amamentação, contato pele a pele, direitos e preferências de cuidado.

### QUANDO PROCURAR ASSISTÊNCIA

Contrações regulares e progressivas, perda de líquido, sangramento, redução importante de movimentos fetais ou qualquer sinal de alarme.



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**ITARIRI**  
O NOVO TEMPO



CASA DA  
MULHER  
ITARIRI

SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

## 35. PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A preparação deve começar antes do termo e incluir vinculação, transporte, sinais de trabalho de parto e documentos.



Informação  
hoje,  
segurança  
amanhã  
para você  
e seu bebê!

### 1. DEFINIR O LOCAL DO PARTO

- ✓ Vincular a gestante ao serviço de referência para o parto conforme a rede e regulação vigente (CROSS).
- ✓ Informar endereço, contato, rota preferencial e tempo estimado de deslocamento.
- ✓ Registrar no pré-natal o serviço de referência e orientar sobre eventual mudança, se indicada.
- ✓ Em caso de alto risco, garantir vinculação precoce ao serviço com capacidade obstétrica e neonatal adequada.

### 2. PLANO DE TRANSPORTE E ACOMPANHANTE

- ✓ Definir meio de transporte e rota (tempo de deslocamento).
- ✓ Orientar a contatar a regulação/CROSS ou SAMU, conforme orientação local.
- ✓ Garantir acompanhante de escolha durante o trabalho de parto e parto (conforme legislação).
- ✓ Em áreas rurais ou com longas distâncias, planejar saída precoce ao reconhecer sinais de trabalho de parto.

### 3. DOCUMENTOS E MATERIAIS

- ✓ Caderneta da Gestante atualizada.
- ✓ Documentos pessoais (RG, CPF, Cartão SUS).
- ✓ Exames de pré-natal (impressos e/ou digitais).
- ✓ Lista de medicamentos em uso.
- ✓ Plano de parto (quando disponível).
- ✓ Itens pessoais para a maternidade (roupas, itens de higiene).
- ✓ Contato telefônico de referência e do serviço de parto.

### 4. SINAIS DE TRABALHO DE PARTO

- ✓ Contrações regulares, dolorosas e progressivas.
- ✓ Intervalo entre contrações diminuindo e aumento da intensidade.
- ✓ Perda de tampão mucoso (pode ser sinais de início do trabalho de parto).
- ✓ Pressão pélvica e sensação de "peso para baixo".
- ✓ Avaliação em serviço de referência, mesmo sem ruptura de membranas.

### 5. PERDA DE LÍQUIDO E SANGRAMENTO

#### PERDA DE LÍQUIDO

- ✓ Saída contínua de líquido ou escorrimento em grande quantidade.
- ✓ Observar cor e odor.
- ✓ Pode ser ruptura de membranas.

#### SANGRAMENTO

- ✓ Qualquer sangramento vaginal na gestação deve ser avaliado.
- ✓ Se sangramento importante ou com coágulos, procurar assistência imediatamente.

### 6. MOVIMENTOS FETAIS

- ✓ A partir de 28 semanas, a gestante deve perceber movimentos fetais diariamente.
- ✓ Redução importante ou ausência de movimentos fetais exige avaliação no mesmo dia.
- ✓ Caso perceba diminuição persistente dos movimentos, não aguarde a próxima consulta.

### 7. PREPARAÇÃO PARA O PÓS-PARTO

- ✓ Orientar e apoiar o aleitamento materno exclusivo, contato pele a pele e alojamento conjunto.
- ✓ Discutir expectativas e preferências de cuidado no parto e puerpério.
- ✓ Envolver parceiro(a) e rede de apoio nos preparativos.
- ✓ Orientar sobre métodos contraceptivos no pós-parto e retorno da atividade sexual.
- ✓ Conversar sobre saúde mental no puerpério, sinais de alerta e rede de apoio.

### 8. QUANDO PROCURAR ASSISTÊNCIA?

- ✓ Contrações regulares e progressivas (por ex.: a cada 5 minutos por 1 hora).
- ✓ Perda de líquido (mesmo sem contrações).
- ✓ Sangramento vaginal.
- ✓ Redução importante ou ausência de movimentos fetais.
- ✓ Dor intensa, febre, mal-estar importante.
- ✓ Cefaleia intensa, visão turva, dor no andar superior do abdome ou inchaço súbito (sinais de pré-eclâmpsia).
- ✓ Qualquer sinal de alarme ou dúvida.

**EM CASO DE DÚVIDA, PROCURE AVALIAÇÃO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.**

### 9. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

UBS / ESF (pré-natal)

CASA DA MULHER (acompanhamento)

SERVIÇO DE REFERÊNCIA (parto)

- ✓ Orientar e registrar plano de parto.
- ✓ Avaliar risco e garantir vinculação.
- ✓ Fornecer informações de transporte e contatos úteis.
- ✓ Reforçar orientações.
- ✓ Confirmar documentação.
- ✓ Articular com a rede conforme protocolo municipal.
- ✓ Acionar regulação/CROSS quando necessário.
- ✓ Comunicar serviço receptor.
- ✓ Encaminhar com documento e informações clínicas.

## 36. PLANO DE PARTO E CUIDADO HUMANIZADO

O plano de parto é instrumento de comunicação e autonomia, respeitando segurança clínica e condições do serviço.

- Registrar preferências sobre acompanhante, mobilidade, métodos de alívio da dor e comunicação.
- Explicar que intervenções podem ser necessárias conforme evolução clínica, sempre com informação e consentimento quando possível.
- Combater práticas desrespeitosas e garantir privacidade, dignidade e linguagem compreensível.



### 36. PLANO DE PARTO E CUIDADO HUMANIZADO

O plano de parto é instrumento de comunicação e autonomia, respeitando segurança clínica e condições do serviço.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



#### 1. O QUE É O PLANO DE PARTO?



✓ Documento onde a gestante registra suas preferências para o trabalho de parto, parto e pós-parto.



Favorece a comunicação entre a gestante, família e equipe de saúde.



Respeita a autonomia da mulher e contribui para uma experiência mais positiva e segura.



Deve ser flexível, pois intervenções podem ser necessárias conforme a evolução clínica.

*O plano de parto não é um contrato, mas um guia de preferências, que será considerado pela equipe, sempre com foco na segurança da mãe e do bebê.*

#### 2. TEMAS QUE PODEM SER INCLuíDOS



Acompanhante de escolha durante todo o processo.



Liberdade de movimentos e posições no trabalho de parto.



Métodos de alívio da dor (medicamentosos e não medicamentosos).



Preferência de comunicação (informações claras, linguagem compreensível e decisões compartilhadas).



Desejos e cuidados com o nascimento do bebê (contato pele a pele, clameamento do cordão, primeiras avaliações).



Amamentação na primeira hora de vida.



Cuidados no pós-parto e com o recém-nascido.

#### 3. ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Diversas opções podem ser utilizadas, conforme disponibilidade do serviço:



✓ Métodos não medicamentosos: respiração, banho morno, massagem, deambulação, bolas, posições verticalizadas, música e técnicas de relaxamento.



✓ Métodos medicamentosos: analgesia sistêmica e analgesia de parto (ex.: peridural), quando disponíveis e indicados.



✓ Discutir benefícios, limitações e efeitos colaterais.



✓ Respeitar a escolha da gestante sempre que clinicamente seguro.

#### 4. ACOMPANHANTE E DIREITOS



✓ Direito a um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (conforme legislação vigente).

✓ O acompanhante deve receber orientações da equipe.

✓ Respeitar a participação ativa do acompanhante no cuidado.

✓ Garantir ambiente acolhedor e privativo.

#### 5. CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO



✓ Contato pele a pele imediato, sempre que as condições clínicas permitirem.

✓ Clameamento oportuno do cordão umbilical.

✓ Início da amamentação na primeira hora de vida.

✓ Atenção às avaliações e cuidados recomendados para o recém-nascido.

✓ Respeitar preferências registradas no plano de parto, quando possível.

#### 6. INTERVENÇÕES QUE PODEM SER NECESSÁRIAS



✓ A evolução do trabalho de parto pode exigir intervenções, como:

- Amniotomia.
- Indução ou condução do parto.
- Uso de ocitocina.
- Analgesia/anestesia.
- Episiotomia (em situações específicas).
- Parto instrumental.
- Cesárea.

✓ A equipe deve explicar os motivos, benefícios e riscos de cada intervenção.

✓ Solicitar consentimento informado sempre que possível.

✓ Registrar no prontuário as informações e decisões compartilhadas.

#### 7. PRÁTICAS DESRESPEITOSAS QUE DEVEM SER EVITADAS



- Manobras de Kristeller.
- Imobilização da mulher sem necessidade.
- Separação desnecessária do recém-nascido.
- Episiotomia de rotina.
- Indução de parto sem indicação clínica.
- Negação de acompanhante.
- Uso de linguagem desrespeitosa, ameaçadora ou discriminatória.
- Exames e procedimentos sem informação adequada.
- Desrespeito à privacidade e à dignidade da mulher.
- Qualquer forma de violência obstétrica.

**PARTO É UM MOMENTO DE VIDA, NÃO DE VIOLÊNCIA.**



#### 8. ELABORAÇÃO E REGISTRO DO PLANO



✓ Pode ser elaborado durante o pré-natal, em conjunto com a gestante e a equipe de saúde.

✓ Deve ser registrado no prontuário e levado pela gestante para o serviço de referência.

✓ Utilizar formulários institucionais (quando disponíveis) ou modelo simples com as preferências da gestante.

✓ Revisar e atualizar conforme a evolução da gestação e novas necessidades.

**Leve o seu plano de parto e sua Caderneta da Gestante no dia da internação.**

#### 9. MENSAGEM FINAL



*Um parto seguro, respeitoso e humanizado valoriza suas escolhas, protege sua saúde e fortalece o vínculo com seu bebê.*

## 37. CONSULTA PUERPERAL

O puerpério integra a linha de cuidado e deve ser programado ainda no pré-natal.

| DOMÍNIO                | AVALIAR                                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Clínico                | PA, sangramento, dor, febre, feridas, edema, sinais tromboembólicos             |
| Aleitamento            | Pega, dor mamilar, ingurgitamento, mastite e ganho do bebê conforme equipe      |
| Saúde mental           | Humor, ansiedade, vínculo, sono e risco de autoagressão                         |
| Contraceção            | Desejo reprodutivo, método escolhido e elegibilidade                            |
| Vacinação              | Atualizar vacinas indicadas no puerpério                                        |
| Condições gestacionais | Reavaliar hipertensão, diabetes, anemia e outras condições surgidas na gestação |

### PUERPÉRIO URGENTE

Hemorragia importante, febre com toxemia, dispneia/dor torácica, cefaleia intensa com PA elevada, convulsão, dor/inchaço unilateral em membro inferior ou ideação suicida exigem avaliação imediata.



## 37. CONSULTA PUERPERAL

O puerpério integra a linha de cuidado e deve ser programado ainda no pré-natal.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. QUANDO REALIZAR?



1ª consulta:  
entre 7 e 10 dias  
após o parto.



2ª consulta:  
entre 6 e 8 semanas  
após o parto.



Consultas adicionais:  
conforme necessidades  
clínicas, de aleitamento,  
saúde mental ou  
planejamento reprodutivo.

### 2. OBJETIVOS

- ✓ Avaliar a saúde da mulher e do bebê.
- ✓ Identificar e manejar precocemente complicações.
- ✓ Apoiar o aleitamento materno.
- ✓ Oferecer suporte à saúde mental.
- ✓ Orientar contracepção e planejamento reprodutivo.
- ✓ Atualizar vacinas.
- ✓ Reavaliar condições surgidas na gestação.
- ✓ Fortalecer o vínculo mãe-bebê e a rede de apoio.
- ✓ Garantir continuidade do cuidado na APS.

### 3. DOMÍNIOS A SEREM AVALIADOS

| DOMÍNIO                | AVALIAR                                                                          |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Clínico                | PA, sangramento, dor, febre, feridas, edema, sinais tromboembólicos.             |
| Aleitamento            | Pega, dor mamilar, ingurgitamento, mastite e ganho do bebê conforme equipe.      |
| Saúde mental           | Humor, ansiedade, vínculo, sono e risco de autoagressão.                         |
| Contracepção           | Desejo reprodutivo, método escolhido e elegibilidade.                            |
| Vacinação              | Atualizar vacinas indicadas no puerpério.                                        |
| Condições gestacionais | Reavaliar hipertensão, diabetes, anemia e outras condições surgidas na gestação. |

### 4. AVALIAÇÃO CLÍNICA DETALHADA

|                        |                                                        |
|------------------------|--------------------------------------------------------|
| Involução uterina      | Altura uterina, lóquios, dor e mau cheiro.             |
| Sangramento            | Quantidade, presença de coágulos e sinais de anemia.   |
| Feridas                | Episiotomia, lacerações e cicatrização da cesárea.     |
| Pressão arterial       | Rastrear hipertensão pós-parto e pré-eclâmpsia tardia. |
| Sinais tromboembólicos | Dor, inchaço e vermelhidão em membros inferiores.      |
| Febre/infecção         | Avaliar foco (endométrio, ferida, mamas, urinário).    |

### 5. ALEITAMENTO MATERNO



- ✓ Observar pega e técnica de amamentação.
- ✓ Avaliar dor mamilar, fissuras e ingurgitamento.
- ✓ Identificar sinais de mastite (dor, calor, eritema, febre).
- ✓ Orientar livre demanda e posição confortável.
- ✓ Acompanhar ganho ponderal do bebê (em conjunto com a equipe de puericultura).
- ✓ Encaminhar para apoio especializado quando necessário (banco de leite, fonoaudiologia, consultoria em amamentação).

### 6. SAÚDE MENTAL



- ✓ Investigar sintomas de depressão pós-parto, ansiedade e estresse.
- ✓ Avaliar qualidade do sono, vínculo com o bebê e suporte social.
- ✓ Rastrear ideação suicida e violência.
- ✓ Utilizar instrumentos quando disponíveis (ex.: EPDS).
- ✓ Encaminhar para cuidado especializado conforme gravidade e rede local.

### 7. CONTRACEPÇÃO E PLANEJAMENTO



- ✓ Discutir desejo reprodutivo.
- ✓ Apresentar opções disponíveis no SUS.
- ✓ Avaliar elegibilidade conforme aleitamento, comorbidades e preferências.
- ✓ Iniciar método antes da alta ou na consulta puerperal, quando indicado.
- ✓ Orientar intervalo intergestacional (≥ 24 meses).

### 8. VACINAÇÃO



- ✓ Atualizar vacinas recomendadas no puerpério (ex.: hepatite B, triplíce viral, varicela, influenza, COVID-19, dTpa – conforme calendário).

### 9. CONDIÇÕES GESTACIONAIS PRÉVIAS



- ✓ Reavaliar e dar seguimento a hipertensão, diabetes mellitus, anemia, disfunções tireoidianas e outras condições surgidas na gestação.

### 10. PUERPÉRIO URGENTE



Hemorragia importante, febre com toxemia, dispneia/dor torácica, cefaleia intensa com PA elevada, convulsão, dor/inchaço unilateral em membro inferior ou ideação suicida exigem avaliação imediata.

### 11. ORIENTAÇÕES GERAIS



- ✓ Manter alimentação equilibrada, hidratação e atividade física leve (conforme orientação).
- ✓ Cuidar das feridas e da higiene íntima.
- ✓ Planejar retorno para acompanhamento contínuo na APS e especialidades, quando indicado.
- ✓ Estimular rede de apoio familiar e social.



## 38. CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO

Planejar o método durante a gestação aumenta acesso e continuidade.

Discutir métodos reversíveis de longa duração, métodos apenas com progestagênio, preservativos e métodos definitivos quando legalmente e clinicamente aplicáveis. Considerar amamentação, tempo pós-parto, risco trombótico, preferências e critérios de elegibilidade vigentes.



## 38. CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO

Planejar o método durante a gestação aumenta acesso e continuidade.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



### 1. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- ✓ Discutir ainda no pré-natal e confirmar na consulta puerperal.
- ✓ Considerar amamentação, tempo pós-parto, risco trombótico, comorbidades, preferência da mulher e critérios de elegibilidade (MEC/OMS).
- ✓ Priorizar métodos reversíveis de longa duração (LARC) quando desejado e disponível.
- ✓ Usar preservativos para proteção contra ISTs.
- ✓ Métodos definitivos apenas nos casos legalmente permitidos e após aconselhamento.
- ✓ Reavaliar o método ao longo do tempo, conforme mudanças de saúde e de desejo reprodutivo.

### 2. QUANDO INICIAR?

- PUERPÉRIO IMEDIATO (0-48 horas)**  
DIU de cobre, DIU-LNG, implante e progestagênios são opções seguras.
- ATÉ 6 SEMANAS**  
Progestagênios (minipílula, DMPA, implante), DIU e métodos de barreira.
- APÓS 6 SEMANAS**  
Qualquer método pode ser considerado, incluindo os que contêm estrogênio (conforme elegibilidade).
- Evitar métodos combinados com estrogênio nas primeiras 6 semanas em mulheres amamentando (maior risco trombótico e possível impacto na lactação).

### 3. MÉTODOS DISPONÍVEIS

- DIU de cobre**  
Eficaz, longa duração (10 anos), pode ser inserido no pós-parto imediato.
- DIU-LNG**  
Eficaz, longa duração (5 anos), reduz sangramento.
- Implante de etonogestrel**  
Eficaz por 3 anos, pode ser iniciado no pós-parto (inclusive imediato).
- Minipílula (progestagênio)**  
Uso diário, compatível com amamentação.
- Injetável de medroxiprogesterona (DMPA)**  
Aplicação a cada 3 meses, compatível com amamentação.
- Preservativos masculino e feminino**  
Protegem contra ISTs e podem ser usados em qualquer momento.
- Métodos definitivos**  
Laqueadura tubária ou vasectomia, conforme legislação vigente.

### 4. COMPARATIVO DOS PRINCIPAIS MÉTODOS

| MÉTODO                                  | INÍCIO NO PUERPÉRIO        | AMAMENTAÇÃO      | DURAÇÃO      | OBSERVAÇÕES                                   |
|-----------------------------------------|----------------------------|------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| DIU de cobre                            | Imediato                   | Sim              | 10 anos      | Pode aumentar o fluxo menstrual.              |
| DIU-LNG                                 | Imediato                   | Sim              | 5 anos       | Reduz sangramento.                            |
| Implante                                | Imediato                   | Sim              | 3 anos       | Alta eficácia, retorno rápido da fertilidade. |
| Minipílula                              | Qualquer momento           | Sim              | Uso contínuo | Exige uso diário.                             |
| DMPA                                    | ≥ 6 semanas (preferencial) | Sim              | 3 meses      | Pode atrasar retorno da fertilidade.          |
| Métodos combinados (ACO, adesivo, anel) | ≥ 6 semanas                | Usar com cautela | Uso contínuo | Evitar até 6 semanas se amamentando.          |
| Preservativo (M/F)                      | Qualquer momento           | Sim              | Uso contínuo | Proteção contra ISTs.                         |
| Laqueadura tubária                      | Conforme momento e serviço | Sim              | Definitivo   | Apenas conforme legislação e consentimento.   |
| Vasectomia (parceiro)                   | Qualquer momento           | Sim              | Definitivo   | Método definitivo para o parceiro.            |

### 5. CRITÉRIOS ESPECIAIS

- AMAMENTAÇÃO**
  - ✓ Preferir métodos apenas com progestagênio (DIU, implante, minipílula, DMPA).
  - ✓ Evitar estrogênio nas primeiras 6 semanas.
  - ✓ Orientar uso correto e acompanhamento.
- RISCO TROMBÓTICO**
  - ✓ Evitar métodos combinados com estrogênio em mulheres com alto risco (TEV, obesidade, imobilização, trombofilias).
- CONDIÇÕES CLÍNICAS**
  - ✓ Individualizar método em: hipertensão, diabetes, cefaleia com aura, tabagismo, obesidade, puerpério complicador.

### 6. ORIENTAÇÕES PRÁTICAS

- ✓ Escolha o método ainda no pré-natal.
- ✓ Explique eficácia, vantagens, desvantagens e possíveis efeitos colaterais.
- ✓ Reforce o uso de preservativos para prevenção de ISTs.
- ✓ Reavalie o método nas consultas de puerpério e rotina.
- ✓ Envolve o(a) parceiro(a) na decisão sempre que possível.
- ✓ Registre a escolha e forneça orientações por escrito, com data de retorno.

### 7. SITUAÇÕES QUE EXIGEM CUIDADO OU EVITAR ESTROGÊNIO

- ✓ Amamentação nas primeiras 6 semanas.
- ✓ História de tromboembolismo venoso.
- ✓ Hipertensão não controlada.
- ✓ Cefaleia com aura.
- ✓ Tabagismo ≥ 35 anos.
- ✓ Obesidade com fatores adicionais.
- ✓ Imobilização prolongada.
- ✓ Outras condições de alto risco conforme critérios de elegibilidade.

### 8. MENSAGEM FINAL



Escolher o método contraceptivo no puerpério é um direito e contribui para a saúde da mulher, o bem-estar da família e o planejamento de futuras gestações.



## 39. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Encaminhamentos devem conter informação suficiente para continuidade segura do cuidado.

| ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER | CONTEÚDO                                                      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Identificação obstétrica   | IG, DPP, G/P/A, tipo sanguíneo/Rh                             |
| Motivo                     | Problema clínico e pergunta objetiva ao serviço de referência |
| Dados clínicos             | PA, peso, sintomas, exame obstétrico e evolução               |
| Exames                     | Resultados relevantes e datas                                 |
| Tratamentos                | Medicamentos, doses, alergias e intervenções já realizadas    |
| Risco/urgência             | Classificação e justificativa                                 |
| Contato/retorno            | Unidade de origem e plano de seguimento compartilhado         |

### CONTRARREFERÊNCIA

Após avaliação especializada ou alta hospitalar, incorporar o plano ao prontuário da APS, reconciliar medicamentos e definir quem fará cada etapa do seguimento.



## 39. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Encaminhamentos devem conter informação suficiente para continuidade segura do cuidado.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

### 1. FLUXO NA REDE MUNICIPAL



### 2. QUANDO ENCAMINHAR?

- ✓ Suspeita ou confirmação de gestação de alto risco.
- ✓ Complicações clínicas ou obstétricas.
- ✓ Necessidade de avaliação especializada (ginecologia/obstetrícia, medicina fetal, outras especialidades).
- ✓ Dificuldade de manejo na APS.
- ✓ Alterações em exames que necessitem avaliação de serviço de referência.
- ✓ Dúvidas diagnósticas ou terapêuticas relevantes.

### 3. ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

| ITEM                     | CONTEÚDO                                                       |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Identificação obstétrica | IG, DPP, G/P/A, tipo sanguíneo/Rh.                             |
| Motivo                   | Problema clínico e pergunta objetiva ao serviço de referência. |
| Dados clínicos           | PA, peso, sintomas, exame obstétrico e evolução.               |
| Exames                   | Resultados relevantes e datas.                                 |
| Tratamentos              | Medicamentos, doses, alergias e intervenções já realizadas.    |
| Risco/urgência           | Classificação e justificativa.                                 |
| Contato/retorno          | Unidade de origem e plano de seguimento compartilhado.         |

### 4. COMO ELABORAR O ENCAMINHAMENTO?

- ✓ Usar linguagem clara, objetiva e técnica.
- ✓ Responder à pergunta: "o que quero que o serviço avalie ou faça?"
- ✓ Incluir informações essenciais da tabela ao lado.
- ✓ Anexar exames e resumo da evolução.
- ✓ Informar dados de contato e retorno.
- ✓ Orientar a gestante sobre o motivo e o fluxo.



### 5. CLASSIFICAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO

- URGENTE**
  - Risco materno ou fetal imediato.
  - Encaminhamento com regulação conforme protocolo (CROSS).
  - Informar justificativa e conduta inicial de suporte.
- PRIORITÁRIO**
  - Avaliação em tempo oportuno (semanas).
  - Justificativa clínica e exames pertinentes.
- ELETIVO**
  - Condições estáveis.
  - Agendar conforme fluxo da rede.

### 6. CONTRARREFERÊNCIA

- ✓ Receber e incorporar o relatório do serviço especializado ou alta hospitalar no prontuário da APS.
- ✓ Revisar diagnóstico, condutas, exames e orientações.
- ✓ Reconciliar medicamentos e verificar adesão.
- ✓ Definir, com a gestante, quem fará cada etapa do seguimento.
- ✓ Manter comunicação entre os pontos da rede.
- ✓ Agendar retorno na UBS/ESF conforme plano.

### 7. INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO

- ✓ Diagnóstico e hipóteses.
- ✓ Condutas realizadas e em curso.
- ✓ Exames solicitados e resultados.
- ✓ Medicamentos (doses e tempo de uso).
- ✓ Plano de seguimento e prazos.
- ✓ Orientações dadas à gestante.
- ✓ Contato da equipe de origem.

### 8. APÓS A ALTA HOSPITALAR

- ✓ Avaliar condições clínicas e emocionais.
- ✓ Verificar feridas, amamentação, puerpério e método contraceptivo.
- ✓ Reconciliar medicações.
- ✓ Atualizar vacinas.
- ✓ Agendar seguimento conforme orientação hospitalar.
- ✓ Garantir suporte da rede (APS, Casa da Mulher e demais serviços).

### 9. MENSAGEM FINAL

Boa comunicação entre os serviços garante cuidado seguro, contínuo e de qualidade para a mãe e o bebê!



## 40. CRITÉRIOS CONSOLIDADOS DE ENCAMINHAMENTO

Tabela de consulta rápida para decisão do ponto de atenção.

| NÍVEL               | EXEMPLOS                                                                                                                                            | AÇÃO                                          |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| RISCO HABITUAL      | Gestação sem condição materna/fetal relevante e evolução adequada                                                                                   | APS/UBS/ESF                                   |
| ATENÇÃO             | Alteração leve/isolada, exame pendente ou sintoma sem gravidade                                                                                     | Investigar e reavaliar em prazo definido      |
| ALTO RISCO          | Doença materna relevante, complicação obstétrica, alteração fetal ou necessidade de especialista                                                    | Casa da Mulher/referência especializada + APS |
| URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Instabilidade, sangramento importante, eclâmpsia, hipertensão grave, sepse, dispneia importante, trabalho de parto prematuro, comprometimento fetal | Serviço hospitalar imediato                   |



## 40. CRITÉRIOS CONSOLIDADOS DE ENCAMINHAMENTO

Tabela de consulta rápida para decisão do ponto de atenção.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| NÍVEL                                                                                                           | EXEMPLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | AÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>RISCO HABITUAL</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestação sem condição materna/fetal relevante.</li> <li>Evolução adequada do pré-natal.</li> <li>Exames e vacinas em dia.</li> </ul>                                                                                                                                                   |  <b>APS / UBS / ESF</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento de rotina.</li> <li>Educação em saúde e orientações.</li> <li>Manter seguimento conforme calendário.</li> </ul>                                                                                                                                    |
|  <b>ATENÇÃO</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração leve/isolada (ex.: PA limítrofe, anemia leve).</li> <li>Exame pendente ou alteração laboratorial.</li> <li>Sintoma sem gravidade (ex.: dor pélvica leve, ITU, corrimento).</li> <li>Necessidade de avaliação complementar.</li> </ul>                                        |  <b>Investigar e reavaliar em prazo definido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar exames conforme protocolo.</li> <li>Tratar/intervir e reavaliar.</li> <li>Se persistir alteração ou surgirem novos achados, reencaminhar conforme o caso.</li> </ul>                                                          |
|  <b>ALTO RISCO</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Doença materna relevante (ex.: HAS, DM, cardiopatia, lúpus).</li> <li>Complicação obstétrica (ex.: placenta prévia, RCF, PIG, polidrâmnio).</li> <li>Alteração fetal (ex.: malformação, restrição de crescimento).</li> <li>Necessidade de acompanhamento por especialista.</li> </ul> |  <b>CASA DA MULHER / REFERÊNCIA ESPECIALIZADA + APS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar com as informações essenciais (conforme item 39).</li> <li>Manter seguimento compartilhado com a APS.</li> <li>Garantir retorno e contrarreferência.</li> </ul>                                                      |
|  <b>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Instabilidade materna ou fetal.</li> <li>Sangramento importante.</li> <li>Hipertensão grave, eclâmpsia, convulsão.</li> <li>Sepse, dispneia importante.</li> <li>Trabalho de parto prematuro.</li> <li>Comprometimento fetal (ex.: ausência de movimentos, bradicardia).</li> </ul>    |  <b>SERVIÇO HOSPITALAR IMEDIATO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar imediatamente (SAMU/CROSS quando necessário).</li> <li>Iniciar medidas de estabilização conforme protocolo.</li> <li>Manter comunicação com o serviço de referência.</li> <li>Após estabilização, garantir contrarreferência.</li> </ul> |

### 1. SINAIS DE ALARME QUE EXIGEM ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

- Sangramento vaginal importante.
- Cefaleia intensa, visão turva, dor no andar superior do abdome (suspeita de pré-eclâmpsia).
- Convulsão.
- Dispneia importante ou dor torácica.
- Febre com toxemia (suspeita de sepse).
- Dor abdominal intensa e persistente.
- Perda de líquido amniótico.
- Contrações regulares e dolorosas antes de 37s.
- Redução ou ausência de movimentos fetais.
- Ideação suicida ou risco iminente.

### 2. EXEMPLOS DE SITUAÇÕES FREQUENTES

|                                                                                                                         |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  Sangramento leve no 1º trimestre    | Avaliar na UBS, solicitar USG e reavaliar. Encaminhar se persistente.              |
|  PA 140-149/90-99 mmHg               | Reavaliar em curto prazo, solicitar exames. Encaminhar se persistente ou sintomas. |
|  ITU na gestação                     | Tratar na APS e reavaliar. Encaminhar se recorrente ou complicação.                |
|  Alteração em USG (malformação, RCF) | Encaminhar para Casa da Mulher/referência especializada.                           |
|  Diabetes, cardiopatia, lúpus        | Encaminhar para acompanhamento especializado e manter seguimento na APS.           |

### 3. COMO ENCAMINHAR?

- Usar formulário institucional ou e-SUS, com informações completas (item 39).
- Descrever de forma objetiva o problema e a pergunta ao serviço de referência.
- Anexar exames relevantes.
- Informar classificação de risco.
- Registrar tratamentos realizados.
- Garantir dados de contato e plano de seguimento.
- Orientar a gestante sobre o motivo, o destino e o que levar.

### 4. APÓS A AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

- Incorporar a contrarreferência ao prontuário da APS.
- Reconciliar medicamentos.
- Definir quem fará cada etapa do seguimento.
- Reforçar orientações para a gestante.
- Agendar retorno conforme recomendação.



Encaminhar no momento certo garante cuidado seguro, reduz riscos e fortalece a saúde da mãe e do bebê.

## 41. GUIAS RÁPIDOS

Ferramentas resumidas para uso durante a consulta.

### GR-01 • Primeira consulta

| PASSO | FAZER                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------|
| 1     | Confirmar gestação, DUM, IG e DPP                          |
| 2     | Anamnese obstétrica, clínica, medicamentosa e psicossocial |
| 3     | PA, peso, altura/IMC e exame dirigido                      |
| 4     | Classificar risco                                          |
| 5     | Solicitar exames iniciais                                  |
| 6     | Revisar vacinação                                          |
| 7     | Iniciar suplementação indicada                             |
| 8     | Saúde bucal e saúde mental                                 |
| 9     | Orientar sinais de alarme                                  |
| 10    | Registrar retorno e plano de busca ativa                   |



## 41. GUIAS RÁPIDOS

Ferramentas resumidas para uso durante a consulta.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

### GR-01 • PRIMEIRA CONSULTA

| PASSO | FAZER                                                                                                                                                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Confirmar gestação, DUM, IG e DPP<br>• Teste de gravidez (se necessário).<br>• Calcular IG e DPP.<br>• Registrar na Caderneta e prontuário.                                                      |
| 2     | Anamnese obstétrica, clínica, medicamentosa e psicossocial<br>• G/P/A, gestações anteriores e desfechos.<br>• Comorbidades, medicamentos, alergias.<br>• Aspectos psicossociais e rede de apoio. |
| 3     | PA, peso, altura/IMC e exame dirigido<br>• Aferir PA, peso, altura/IMC.<br>• Exame físico geral e obstétrico.<br>• Avaliar mamas, abdome e edema.                                                |
| 4     | Classificar risco<br>• Identificar fatores de risco maternos e fetais.<br>• Definir seguimento na APS ou referência.                                                                             |
| 5     | Solicitar exames iniciais<br>• Conforme protocolo municipal: hemograma, ABO-Rh, coombs indireto, glicemia, sorologias (HIV, sífilis, HBsAg, anti-HCV), EAS e urocultura, demais conforme risco.  |
| 6     | Revisar vacinação<br>• Atualizar dTpa, influenza e outras conforme situação vacinal e trimestre.                                                                                                 |
| 7     | Iniciar suplementação indicada<br>• Ácido fólico (até 12s) e ferro (conforme protocolo).<br>• Orientar uso, dose e tempo.<br>• Associar cálcio/vitamina D se indicado.                           |
| 8     | Saúde bucal e saúde mental<br>• Encaminhar para avaliação odontológica.<br>• Rastrear sintomas de ansiedade/depressão.<br>• Oferecer apoio e encaminhamento quando necessário.                   |
| 9     | Orientar sinais de alarme<br>• Sangramento, dor, perda de líquido, redução de movimentos fetais (quando aplicável), cefaleia intensa, visão turva, dispneia, febre.                              |
| 10    | Registrar retorno e plano de busca ativa<br>• Agendar próxima consulta conforme protocolo (geralmente 4 semanas) e programar busca ativa se faltas.                                              |

### GR-02 • CONSULTAS DE ROTINA

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| Revisar queixas e sinais de alarme.                   |
| Aferir PA, peso, altura/IMC e edema.                  |
| Avaliar crescimento fetal (AU) e BCF.                 |
| Revisar exames e vacinas.                             |
| Ajustar suplementações e tratar intercorrências.      |
| Orientar autocuidado, alimentação e atividade física. |
| Reforçar plano de parto e rede de apoio.              |
| Agendar retorno e registrar no prontuário.            |

### GR-03 • INTERCORRÊNCIAS FREQUENTES

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sangramento:</b> avaliar causa e gravidade, avaliar vitalidade fetal, encaminhar conforme risco. |
| <b>Hipertensão:</b> confirmar PA, avaliar sinais de gravidade, exames e referência se necessário.   |
| <b>ITU:</b> EAS/urocultura, tratamento conforme protocolo.                                          |
| <b>Corrimento/IST:</b> avaliação e tratamento conforme protocolo.                                   |
| <b>Náuseas/vômitos:</b> medidas clínicas e sinais de gravidade.                                     |
| <b>Dispneia/dor torácica:</b> avaliar causas clínicas e obstétricas, encaminhar se urgente.         |

### GR-04 • PLANEJAMENTO DO PARTO

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| Definir serviço de referência e vinculação.                       |
| Orientar transporte e acompanhante.                               |
| Revisar documentos, Caderneta da Gestante e exames.               |
| Discutir amamentação, contato pele a pele e cuidados com o RN.    |
| Registrar preferências e plano de parto.                          |
| Reforçar sinais de trabalho de parto e quando procurar o serviço. |

### GR-05 • CONSULTA PUERPERAL

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| Avaliar estado clínico, sangramento e feridas.      |
| Acompanhar aleitamento e ganho do bebê.             |
| Rastrear saúde mental.                              |
| Discutir e iniciar método contraceptivo.            |
| Atualizar vacinas.                                  |
| Reavaliar condições gestacionais (HAS, DM, anemia). |
| Programar seguimento na APS.                        |

### SINAIS DE ALARME EM QUALQUER FASE

Sangramento vaginal, dor abdominal intensa, perda de líquido amniótico, contrações regulares e dolorosas, cefaleia intensa, visão turva, dispneia, febre, redução de movimentos fetais, ideação suicida.



A cada consulta,  
um cuidado a mais  
para uma gestação  
mais segura  
e saudável.

### LEMBRE-SE

- ✓ Utilize a Caderneta da Gestante.
- ✓ Registre as informações no prontuário.
- ✓ Envolve a equipe multiprofissional.
- ✓ Mantenha a comunicação entre os pontos da rede.
- ✓ Realize busca ativa de faltosas.



## GR-02 • Exames por fase

| FASE         | CHECKLIST                                                                                                                                      |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Início       | Hemograma • ABO/Rh • anticorpos se indicado • glicemia • urina/urocultura • HIV • sífilis • HBsAg • anti-HCV • toxoplasmose conforme protocolo |
| 24–28 sem    | Rastreamento de diabetes • hemograma conforme rotina/risco                                                                                     |
| 3º trimestre | Repetir HIV/sífilis • revisar hemograma/urina e demais exames conforme protocolo e risco                                                       |



## GR-02 • EXAMES POR FASE

Solicitar e interpretar os exames conforme fase gestacional, fatores de risco e protocolos vigentes.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| FASE                                                                                                                         | CHECKLIST DE EXAMES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | EXAMES ADICIONAIS CONFORME INDICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>INÍCIO</b><br>(até 12 semanas)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemograma completo.</li> <li>✓ ABO/Rh e Coombs indireto (anticorpos) se indicado.</li> <li>✓ Glicemia de jejum.</li> <li>✓ Urina tipo I e urocultura.</li> <li>✓ Sorologias: HIV, sífilis (VDRL ou teste rápido), HBsAg, anti-HCV.</li> <li>✓ Toxoplasmose (IgG e IgM) conforme protocolo municipal.</li> <li>✓ Outros conforme risco: TSH, ferritina, hemoglobina glicada, teste de gravidez se necessário.</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar na primeira consulta.</li> <li>• Interpretar e tratar alterações conforme protocolo.</li> <li>• Registrar resultados na Caderneta da Gestante.</li> <li>• Solicitar exames adicionais conforme condições clínicas e epidemiológicas locais.</li> </ul> |  TSH e T4 livre Suspeita de disfunção tireoidiana ou fatores de risco.<br> Radiografia de tórax Sintomas respiratórios ou teste IGRA/PPD positivo.<br> Proteinúria/creatínina Hipertensão, suspeita de pré-eclâmpsia.<br> TGO/TGP, bilirrubinas Doença hepática, pré-eclâmpsia, colestase gestacional.<br> ECG Cardiopatia, sintomas ou fatores de risco.<br> Ultrassonografia obstétrica Datação, morfologia, crescimento e avaliação do bem-estar fetal conforme protocolo. |
| <br><b>24 – 28 SEMANAS</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rastreamento de diabetes gestacional (TTOTG 75 g: jejum, 1 h e 2 h ou conforme protocolo).</li> <li>✓ Hemograma completo.</li> <li>✓ Urina tipo I e urocultura (conforme rotina/risco).</li> <li>✓ Repetir sorologias se indicado (ex.: VDRL).</li> </ul>                                                                                                                                                               |  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar entre 24 e 28 semanas.</li> <li>• Avaliar e tratar anemia.</li> <li>• Repetir exames conforme fatores de risco.</li> <li>• Manter registro na Caderneta da Gestante.</li> </ul>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <br><b>3º TRIMESTRE</b><br>(≥ 28 semanas) | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Repetir sorologias para HIV e sífilis (VDRL ou teste rápido).</li> <li>✓ Hemograma completo.</li> <li>✓ Urina tipo I e urocultura.</li> <li>✓ Outros exames conforme protocolo e risco (ex.: função renal, função hepática, proteinúria, etc.).</li> <li>✓ Avaliar necessidade de Coombs indireto (se Rh negativo).</li> <li>✓ Repetir glicemia/TTOTG se não realizado ou se alteração clínica.</li> </ul>              |  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a partir de 28 semanas.</li> <li>• Reavaliar condições maternas e fetais.</li> <li>• Investigar e tratar alterações.</li> <li>• Garantir atualização da Caderneta da Gestante.</li> </ul>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <br><b>ALERTAS IMPORTANTES</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Não adiar a solicitação dos exames da primeira consulta.</li> <li>✓ Interpretar exames no contexto clínico e epidemiológico.</li> <li>✓ Repetir exames conforme protocolo, mesmo se já negativos.</li> <li>✓ Garantir tratamento adequado e seguimento dos resultados.</li> <li>✓ Considerar fatores de risco individuais para exames adicionais.</li> </ul>                                                            |  <p><i>Cuidar hoje garante um amanhã mais seguro para você e seu bebê!</i></p>                                                                                                                                                                                                                           | <b>LEMBRE-SE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar, revisar e discutir os exames em cada consulta.</li> <li>✓ Ensinar a gestante sobre a importância dos exames.</li> <li>✓ Garantir acesso e retorno dos resultados.</li> <li>✓ Manter comunicação entre APS, Casa da Mulher e referência especializada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CASA DA MULHER DE ITARIRI



GR-03 • Vacinas 2026

| QUANDO               | VACINA                                                                                    |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ao saber da gravidez | Hepatite B e dT conforme histórico; influenza por temporada; COVID-19 conforme calendário |
| ≥20 semanas          | dTpa em cada gestação                                                                     |
| ≥28 semanas          | VSR materna em cada gestação, conforme calendário nacional 2026                           |
| Excepcional          | Febre amarela após avaliação risco-benefício                                              |



GR-03 • VACINAS 2026  
GESTANTES

Proteção para a mãe e o bebê em todas as fases da gestação.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

| QUANDO?                                        | VACINA                                                                                                                                                                                                                  | ORIENTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Ao saber da gravidez</b>                | <br><b>Hepatite B</b> (iniciar ou completar conforme histórico)<br><br><b>dT</b> (iniciar ou completar conforme histórico)<br><br><b>Influenza</b> (por temporada)<br><br><b>COVID-19</b> (conforme calendário vigente) | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Verificar carteirinha vacinal e esquema prévio.</li><li>✓ Iniciar ou completar Hepatite B (0, 1 e 6 meses) se não vacinada ou esquema incompleto.</li><li>✓ Aplicar dT conforme situação vacinal (reforço a cada 10 anos).</li><li>✓ Influenza: 1 dose anual em qualquer idade gestacional.</li><li>✓ COVID-19: conforme campanha/calendário nacional 2026 (esquema primário e reforços, se indicados).</li></ul> |
| <br><b>≥ 20 semanas</b>                        | <br><b>dTpa</b> (em cada gestação)                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 1 dose entre 20 e 36 semanas (idealmente entre 27 e 36 sem).</li><li>✓ Protege o recém-nascido contra coqueluche nos primeiros meses de vida (transferência de anticorpos).</li></ul>                                                                                                                                                                                                                             |
| <br><b>≥ 28 semanas</b>                        | <br><b>VSR materna</b> (em cada gestação, conforme calendário nacional 2026)                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 1 dose entre 28 e 36 semanas, conforme diretriz do PNI 2026.</li><li>✓ Protege o recém-nascido contra infecção por vírus sincicial respiratório (VSR) nos primeiros meses de vida.</li><li>✓ Verificar disponibilidade na rede municipal/estadual.</li></ul>                                                                                                                                                      |
| <br><b>Excepcional</b> (situações específicas) | <br><b>Febre amarela</b> (após avaliação risco-benefício)                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Indicar apenas quando houver risco real de exposição (área endêmica o surto) e após avaliação individual de risco-benefício.</li><li>✓ Não é vacina de rotina na gestação.</li><li>✓ Seguir orientações do PNI e avaliação da vigilância epidemiológica.</li></ul>                                                                                                                                                |

OUTRAS VACINAS PODEM SER INDICADAS

- Hepatite A:** para não vacinadas com risco aumentado.
- Tríplice viral (SCR):** contraindicada durante a gestação (avaliar e atualizar no puerpério, se necessário).
- Meningocócica:** considerar conforme situação epidemiológica.
- Pneumocócica:** considerar em condições de risco.
- HPV:** iniciar ou completar no puerpério, se elegível.

CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

- Vacinas de vírus vivos atenuados (SCR, varicela, febre amarela – de rotina) são contraindicadas na gestação (exceto febre amarela em situação especial).
- Avaliar, caso a caso, benefícios e riscos em áreas de alta exposição.
- Esquemas incompletos devem ser iniciados o mais precocemente possível.
- Registrar todas as doses na Caderneta da Gestante e no prontuário (e-SUS).

LEMBRE-SE

- Conferir e registrar a situação vacinal em todas as consultas.
- Atualizar conforme calendário nacional 2026.
- Orientar sobre a importância da vacinação para a proteção da mãe e do bebê.
- Manter comunicação com a equipe de APS e vigilância em saúde.

*Vacinar na gestação  
é um ato de amor que protege  
você e o seu bebê hoje  
e no amanhã.*



## GR-04 • Sinais de alarme

### ENCAMINHAR

Sangramento importante • perda de líquido com intercorrência • dor intensa • febre com repercussão • dispneia/dor torácica • convulsão • cefaleia intensa/escotomas com PA elevada • PA grave • redução persistente de movimentos fetais • trabalho de parto prematuro • risco suicida/violência grave.



## GR-04 • SINAIS DE ALARME NA GESTAÇÃO

Reconhecer precocemente e encaminhar para o serviço adequado.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

### 1. SANGRAMENTO IMPORTANTE



- ✓ Sangramento vaginal em qualquer quantidade, especialmente se contínuo ou com coágulos.

#### ENCAMINHAR



Serviço hospitalar imediato (SAMU/CROSS)

### 2. PERDA DE LÍQUIDO COM INTERCORRÊNCIA



- ✓ Perda de líquido amniótico (saída de líquido claro e contínuo). Associado a dor, contrações, sangramento ou febre.

#### ENCAMINHAR



Serviço hospitalar imediato (SAMU/CROSS)

### 3. DOR INTENSA



- ✓ Dor abdominal intensa e persistente.
- ✓ Contrações regulares e dolorosas antes de 37 semanas.
- ✓ Dor lombar intensa e contínua.

#### ENCAMINHAR



Serviço hospitalar imediato (SAMU/CROSS)

### 4. FEBRE COM REPERCUSSÃO



- ✓  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- ✓ Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  associada a calafrios, má-estar, dor, secreção urinária, corrimento ou outros sinais de infecção.

#### ENCAMINHAR



Avaliação hospitalar imediata (SAMU/CROSS)

### 5. DISPNEIA / DOR TORÁCICA



- ✓ Falta de ar em repouso ou aos pequenos esforços.
- ✓ Dor torácica, palpitações ou síncope.

#### ENCAMINHAR



Serviço hospitalar imediato (SAMU/CROSS)

### 6. CONVULSÃO



- ✓ Crise convulsiva, perda de consciência ou rebaixamento do nível de consciência.

#### ENCAMINHAR



Serviço hospitalar imediato (SAMU/CROSS)

### 7. CEFALIA INTENSA OU ESCOTOMAS COM PA ELEVADA



- ✓ Cefaleia intensa e persistente, visão turva, escotomas, fosfenos ou sintomas neurológicos associados à hipertensão.

#### ENCAMINHAR



Avaliação hospitalar imediata (SAMU/CROSS) (suspeita de pré-eclâmpsia)

### 8. HIPERTENSÃO GRAVE



- ✓  $\geq 160$  ou  $110$  mmHg
- ✓ PA  $\geq 160/110$  mmHg em qualquer momento da gestação, mesmo sem sintomas.

#### ENCAMINHAR



Avaliação hospitalar imediata (SAMU/CROSS)

### 9. REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



- ✓ Redução importante ou ausência de movimentos fetais após 28 semanas.

#### ENCAMINHAR



Avaliação hospitalar imediata (SAMU/CROSS) (CTG e avaliação fetal)

### 10. TRABALHO DE PARTO PREMATURO



- ✓ Contrações regulares e dolorosas antes de 37 semanas. Associado ou não a perda de líquido, sangramento ou alterações cervicais.

#### ENCAMINHAR



Serviço hospitalar imediato (SAMU/CROSS)

### 11. RISCO SUICIDA / VIOLÊNCIA GRAVE



- ✓ Ideação suicida, plano ou tentativa de autoagressão.
- ✓ Situação de violência doméstica, sexual ou grave.
- ✓ Sofrimento psíquico importante.

#### ENCAMINHAR



Avaliação imediata (serviço hospitalar / CAPS) conforme a situação

### LEMBRE-SE



- ✓ Todo sinal de alarme é prioridade.
- ✓ Não atrasar o encaminhamento.
- ✓ Acionar SAMU/CROSS conforme protocolo municipal.
- ✓ Registrar condutas e orientações no prontuário.
- ✓ Manter comunicação com a Casa da Mulher e/ou serviço de referência.

Na dúvida,  
encaminhe.  
A segurança da mãe  
e do bebê vem sempre  
em primeiro lugar.



## 42. CHECKLISTS OPERACIONAIS

Os checklists devem ser usados como apoio, sem substituir julgamento clínico.



### CHECKLISTS DA CONSULTA PRÉ-NATAL

Apoio para uma assistência segura, contínua e humanizada.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

#### C1 • CONSULTA SUBSEQUENTE

Acompanhamento regular da gestante



- 1 ☐ Sintomas/sinais de alarme perguntados.
- 2 ☐ PA registrada.
- 3 ☐ Peso/ganho ponderal registrado.
- 4 ☐ Altura uterina/BCF quando aplicáveis.
- 5 ☐ Movimentos fetais avaliados.
- 6 ☐ Exames revisados.
- 7 ☐ Vacinas revisadas.
- 8 ☐ Suplementos/medicamentos reconciliados.
- 9 ☐ Risco reclassificado.
- 10 ☐ Retorno e orientações registrados.

#### LEMBRE-SE SEMPRE



- ✓ Consulta acolhedora e centrada na gestante.
- ✓ Comunicação clara e linguagem compreensível.
- ✓ Registro completo no prontuário (e-SUS/PEC).
- ✓ Trabalho em equipe com APS, Casa da Mulher e referência especializada.
- ✓ Buscar ativamente as faltosas.

#### C2 • GESTANTE PRÓXIMA AO TERMO

Preparação para o parto e puerpério



- 1 ☐ Apresentação fetal e crescimento avaliados (Leopold e USG quando indicado).
- 2 ☐ Resultados do 3º trimestre revisados.
- 3 ☐ Vacinação revisada (dTpa, VSR e demais conforme calendário).
- 4 ☐ Serviço de parto/vinculação definidos.
- 5 ☐ Transporte e acompanhante planejados.
- 6 ☐ Sinais de trabalho de parto e alarme orientados.
- 7 ☐ Plano de parto discutido e registrado.
- 8 ☐ Consulta puerperal planejada.

#### C3 • ENCAMINHAMENTO AO ALTO RISCO

Comunicação completa e segura



- 1 ☐ IG/DPP e antecedentes obstétricos, clínicos e familiares.
- 2 ☐ Motivo objetivo do encaminhamento.
- 3 ☐ PA e exame atual (exame obstétrico e achados relevantes).
- 4 ☐ Exames anexados (resultados relevantes e datas).
- 5 ☐ Medicamentos em uso e alergias.
- 6 ☐ Classificação de risco (e justificativa).
- 7 ☐ Plano de cuidado da APS enquanto aguarda atendimento na referência.
- 8 ☐ Registro de referência e contrarreferência no prontuário.

#### EM TODAS AS CONSULTAS



- ✓ Investigar e registrar sinais de alarme.
- ✓ Atualizar PA, peso, altura uterina e BCF (quando aplicáveis).
- ✓ Revisar exames, vacinas e medicações.
- ✓ Reclassificar risco.
- ✓ Registrar o plano, retorno e orientações.



## 43. ALGORITMOS CONSOLIDADOS

Algoritmos textuais padronizados para consulta rápida.



### ALGORITMOS CLÍNICOS PRÉ-NATAL NA APS

Condutas práticas para as situações mais frequentes.



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA



## 44. ANEXOS

Sugestões de Modelos para uso municipal. (Anexo B corresponde à Contra-Referência a ser emitida pela Casa da Mulher)



### ANEXOS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA PRÉ-NATAL



SAÚDE  
INFORMAÇÃO  
ACOLHIMENTO  
RESPEITO  
EM TODAS  
AS FASES DA VIDA

#### ANEXO A • Modelo de encaminhamento para referência especializada

| CAMPO                                                                                                                      | PREENCHIMENTO                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Gestante                                 |                                                                                                         |
|  DUM / IG / DPP                           |                                                                                                         |
|  Gestações / partos / abortos (G / P / A) |                                                                                                         |
|  Motivo do encaminhamento                 |                                                                                                         |
|  PA / peso / achados obstétricos          |                                                                                                         |
|  Exames relevantes                        |                                                                                                         |
|  Medicamentos / alergias                 |                                                                                                         |
|  Classificação                          | <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Alto risco <input type="checkbox"/> Urgência |
|  Conduas realizadas                     |                                                                                                         |
|  Unidade / profissional / contato       |                                                                                                         |

Encaminhamento com informações completas garante continuidade segura do cuidado.



#### LEMBRE-SE

- ✓ Encaminhar com pergunta objetiva ao serviço de referência.
- ✓ Anexar exames relevantes.
- ✓ Registrar o plano de seguimento.
- ✓ Orientar a gestante sobre o fluxo e o retorno.

#### ANEXO B • Modelo de contrarreferência

A contrarreferência deve ser incorporada ao prontuário da APS, com definição clara do plano de seguimento compartilhado.

| CAMPO                                                                                                        | PREENCHIMENTO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  Serviço avaliador        |               |
|  Diagnóstico / avaliação  |               |
|  Conduta                  |               |
|  Medicamentos             |               |
|  Exames pendentes         |               |
|  Seguimento especializado |               |
|  Ações solicitadas à APS  |               |
|  Data / assinatura        |               |



#### OBJETIVO DA CONTRARREFERÊNCIA

- ✓ Integrar as informações da avaliação especializada.
- ✓ Reconciliar medicamentos.
- ✓ Definir responsabilidades entre APS e serviço de referência.
- ✓ Garantir continuidade do cuidado à gestante e ao bebê.



## 45. REFERÊNCIAS TÉCNICAS E CONTROLE DE VERSÃO

As recomendações devem ser interpretadas em conjunto com normas nacionais vigentes, disponibilidade da rede e protocolos de referência. Atualizações normativas posteriores prevalecem sobre este documento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 8ª edição, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – versão vigente.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para manejo do HIV, hepatites virais e prevenção da transmissão vertical – versões vigentes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2026 – Gestante e Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Gestante.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado – Pré-natal de baixo risco – versão eletrônica vigente.

Organização Mundial da Saúde. Recomendações para cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez – atualizações aplicáveis.

### CONTROLE DE ATUALIZAÇÃO

Revisar este protocolo a cada 2 anos ou antes quando houver mudança relevante em calendário vacinal, rastreamento, tratamento de IST, critérios de alto risco, suplementação, medicamentos ou organização da rede municipal.

## DISPOSIÇÕES FINAIS

Este protocolo padroniza a assistência pré-natal municipal sem substituir avaliação clínica individual. Situações não contempladas devem ser discutidas com a coordenação técnica e/ou serviço de referência. Em conflito entre este documento e norma nacional ou estadual mais recente, deve prevalecer a recomendação vigente, com posterior atualização formal do protocolo municipal.

A Casa da Mulher e a Atenção Primária devem manter comunicação contínua, referência e contrarreferência documentadas, busca ativa de faltosas e planejamento do puerpério, assegurando continuidade do cuidado materno-infantil.