



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE

PROTOCOLO
DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Brusque-SC

2026

Equipe técnica

Antonio Marcelo Maciel Rabelo
Bruna Cristina Sgrott
Carline Fernanda Scheeren Veríssimo
Cleber da Silva Mossini
Erika Mauch Vaz
Fabio Martino Otero Avila
Fabiana Tedesco Schirmer
Gisele Pruner Koguchi
Grazielle dos Santos
Iraceli Till otto
Janeine Campagnaro Cesari
Rafaela Lopes Doria
Rosana Gama Pereira Martins
Kethulin De Bona Luciano
Sasckia Kadishari Duarte Rocha
Sheila das Neves Martins
Thaisi da Cunha

2

Validação e aprovação

Documento assinado digitalmente
gov.br RICARDO ALEXANDRE FREITAS
Data: 31/05/2026 15:50:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ricardo Alexandre Freitas
Secretário Municipal de Saúde de Brusque

SUMÁRIO

1-APRESENTAÇÃO	05
2-INTRODUÇÃO	06
3-OBJETIVOS	07
4-INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO	08
5-ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL	09
5.1 <u>Atribuições do agente comunitário de saúde no pré-natal.</u>	09
5.2 <u>Atribuições do técnico de enfermagem no pré-natal.</u>	10
5.3 <u>Atribuições do enfermeiro no pré-natal.</u>	11
5.4 <u>Atribuições do médico no pré-natal.</u>	12
5.5 <u>Atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal.</u>	13
5.6 <u>Atribuições do nutricionista no pré-natal.</u>	14
6-ACOLHIMENTO	15
7-DIAGNÓSTICO	16
8-FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL	18
9-CONSULTA PRÉ-NATAL	19
9.1 <u>Periodicidade da consulta</u>	19
9.2 <u>Roteiro para primeira consulta pré-natal</u>	20
9.3 <u>Roteiro para consultas subsequentes</u>	23
9.4 <u>Roteiro para consulta odontológica</u>	24
9.5 <u>Queixas frequentes na gestação</u>	27
9.6 <u>Intercorrências do pré-natal</u>	34
9.7 <u>Pré-natal masculino</u>	39
10-EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA E CONDUTAS	40
11-ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO	48
12-PROFILAXIAS RECOMENDADAS	49
13-ATENÇÃO NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL	51
14-EXERCÍCIOS FÍSICOS NA GESTAÇÃO	53
15-CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	54
16-ALEITAMENTO MATERNO	57
17-BUSCA ATIVA PESSOA GESTANTE	58
18-ATIVIDADES EDUCATIVAS	59
18.1 <u>Sugestões de temas para grupos de pessoas gestantes</u>	60
19-VISITA À MATERNIDADE	61
20-DIREITOS SOCIAIS DA GESTANTE	62

21-CONDUTAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	64
20.1 <u>Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual</u>	65
22-PREPARO PARA O PARTO	66
23-REFERÊNCIAS	68
<u>ANEXOS</u>	70
ANEXO A - <u>Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos</u>	70
ANEXO B - <u>Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias</u>	75
ANEXO C - <u>Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas</u>	76
ANEXO D - <u>Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema</u>	77
ANEXO E - <u>Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional</u>	78
ANEXO F - <u>Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis</u>	79
ANEXO G - <u>Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose</u>	80
ANEXO H - <u>Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas</u>	82
ANEXO I - <u>Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico</u>	83
ANEXO J - <u>Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)</u>	84
ANEXO K - <u>Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia</u>	86
ANEXO L - <u>Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV</u>	88
ANEXO M - <u>Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante</u>	89
ANEXO N - <u>Fluxograma de busca ativa pessoa gestante – Termo de cooperação Nº 01/2021</u>	91
ANEXO O – <u>Fluxograma triagem e manejo do HTLV</u>	92
ANEXO P - <u>Requisição de exames laboratoriais pessoa gestante</u>	93
ANEXO Q - <u>Requisição de exames – USG Obstétrica</u>	94
ANEXO R - <u>Requisição avaliação c/ Nutricionista</u>	95
ANEXO S - <u>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NO CASO DE NÁUSEAS E VÔMITOS NA GESTAÇÃO</u>	96
ANEXO T - <u>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NA ANEMIA GESTACIONAL</u>	97
ANEXO- <u>PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO</u>	98

1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal Brusque, através do grupo técnico da Rede Alyne com o objetivo de qualificar a assistência pré-natal no município, elaborou o Protocolo de Pré-natal de Baixo Risco. Este material foi construído por um grupo de especialistas da rede que, através de discussões clínicas baseadas em evidências, buscou revisar e atualizar o protocolo já existente em Brusque. Esta Diretriz já foi revisada pela última vez em 2024 e agora passa por nova atualização.

O Protocolo de Pré-natal é destinado a todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a pessoa gestante e sua família visando qualificar a rede, garantir o acolhimento e a vinculação aos serviços de saúde, com melhora da resolutividade da atenção e redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascimento e a sua qualidade reduz consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. As condutas clínicas para o acompanhamento do pré-natal de risco habitual e do puerpério devem seguir as orientações do Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012) e dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) e suas atualizações. O objetivo desse Guia é complementá-los, apresentando um conjunto de recomendações e cuidados essenciais que devem ser ofertados, independentemente de ser um pré-natal realizado no sistema público ou privado, podendo ser adaptado à realidade local.

2. INTRODUÇÃO

A atenção à mulher na gravidez, parto e puerpério inclui ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Este instrumento destina-se às equipes de Atenção Primária à Saúde e Serviços Especializados, do Município de Brusque, e objetiva a padronização dos fluxos e procedimentos necessários para uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada. Alguns itens deste protocolo poderão sofrer alterações, de acordo com a realidade local.

A finalidade do acompanhamento pré-natal é atender às necessidades da pessoa gestante, beneficiando a condição de saúde da mãe e do recém-nascido, além de possibilitar discussão e esclarecimentos de questões que são únicas para cada mulher e sua pessoa parceira. A história de cada gravidez é única, o contexto em que ocorrem, as relações familiares envolvidas, as emoções e sentimentos percebidos são igualmente singulares e, devem ser considerados para que se possa desenvolver uma boa assistência à mulher grávida.

Priorizar a humanização da assistência ao pré-natal por meio do acolhimento da pessoa gestante e de sua pessoa parceira, de toda a sua história, dúvidas, queixas e temores, sendo que esta ação requer uma escuta ativa, aberta, sem julgamentos ou preconceitos, e que ofereça segurança e possibilite a esta mulher tranquilidade para gestar e chegar ao parto com informações, cuidado e de forma saudável.

Ressaltamos que a atenção integral à saúde das pessoas gestantes e das puérperas é a melhor estratégia para prevenir mortes maternas, abortamentos, nati-mortalidades, óbitos neonatais e sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávido puerperal.

É importante lembrar que o pré-natal é um indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica com ênfase na captação precoce e oportuna das pessoas gestantes.

3. OBJETIVOS

- Tendo como objetivo padronizar condutas e guiar os profissionais de saúde naquilo que é minimamente necessário a ser prestado a pessoa gestante durante o pré-natal.
- Aplicar a rotina do protocolo de PN na sua totalidade, realizando todos os exames e consultas programadas. Maiores serão desta forma, as possibilidades de identificar anormalidades e atuar sobre elas, diminuindo a mortalidade materna, neonatal, prematuridade e sífilis congênita (SC), dentre outras.
- Prestar cuidado integral e compartilhado com todos os profissionais da unidade, contemplando a proteção, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a escuta qualificada das necessidades no decorrer da gestação, proporcionando atendimento humanizado e com uma abordagem centrada na pessoa gestante, considerando experiências e representações prévias relacionadas à saúde, doença e maternidade. Buscando sempre a individualidade de cada contexto (família, trabalho e comunidade) e assim estabelecendo o vínculo.

4. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO

- Quantas pessoas gestantes iniciaram o PN com menos de 12 semanas;
- Número de consultas de PN por pessoa gestante;
- Quantas pessoa gestante fizeram mais de 6 consultas;
- Quantas pessoa gestante realizaram o PN odontológico;
- Quantas pessoas gestantes fizeram teste rápido no 1º, 2º e 2º trimestre;
- Gestantes com vacina em dia (hepatite B, Influenza, dtpa e tétano...);
- Pessoa parceiras de pessoa gestante que fizeram TR;
- Gestante em uso de sulfato ferroso e ácido fólico;
- Gestantes que realizaram exames 1º, 2º e 2º trimestre;
- Consultas de puerpério realizadas;
- Indicadores de mortalidade infantil.

5. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL

As atribuições dos profissionais são importantes em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificando as pessoas gestantes, atualizando permanentemente as informações, realizando o cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da Unidade de Saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).

5.1 Atribuições do agente comunitário de saúde no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas domiciliares para a identificação das pessoas gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as pessoas gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar toda pessoa gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
<ul style="list-style-type: none">• Conferir o cadastramento das pessoas gestantes nos sistemas vigentes, assim como as informações preenchidas na Cartilha da Gestante;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das pessoas gestantes faltosas;
<ul style="list-style-type: none">• Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a pessoa gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
<ul style="list-style-type: none">• Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a pessoa gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar o cadastro e acompanhamento nos sistemas vigentes, inclusive quando realizado busca ativa.
<ul style="list-style-type: none">• Preencher o Registro de acompanhamento do pré-natal conforme ANEXO O.
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de pessoas gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal conforme ANEXO N.

5.2 Atribuições do técnico de enfermagem no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
<ul style="list-style-type: none">• Verificar/realizar/atualizar o cadastramento das pessoas gestantes nos sistemas vigentes;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
<ul style="list-style-type: none">• Conferir as informações preenchidas na Cartilha da Gestante;
<ul style="list-style-type: none">• Verificar dados antropométricos, sinais vitais e anotar os dados na Cartilha da Gestante;
<ul style="list-style-type: none">• Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
<ul style="list-style-type: none">• Aplicar vacinas antitetânica, dTpa acelular, influenza, contra hepatite B e COVID;
<ul style="list-style-type: none">• Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a pessoa gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
<ul style="list-style-type: none">• Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a pessoa gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a pessoa gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das pessoas gestantes faltosas;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive na sala de espera.
<ul style="list-style-type: none">• Realizar testes rápidos sob supervisão do enfermeiro;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de pessoas gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal ANEXO N.

5.3 Atribuições do enfermeiro no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar o cadastramento e acompanhamento da pessoa gestante nos sistemas vigentes e fornecer a Caderneta da Gestante devidamente preenchida (a caderneta deve ser verificada e atualizada a cada consulta);
<ul style="list-style-type: none">• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com as consultas médicas;
<ul style="list-style-type: none">• Solicitar exames complementares, de acordo com o protocolo local de pré-natal;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar testes rápidos;
<ul style="list-style-type: none">• Prescrever medicamentos padronizados conforme o protocolo do pré-natal e preferencialmente da relação Municipal de Medicamentos - REMUME conforme vigência;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a vacinação das pessoas gestantes
<ul style="list-style-type: none">• Identificar as pessoas gestantes com algum sinal de alarme e/ou como de alto risco, encaminhá-las para consulta médica.• Na ausência do profissional médico(a) ou dificuldade para agendar a consulta, o enfermeiro(a) deve encaminhá-la ao serviço de referência (atendimento com especialista: Obstetra na Clínica da Mulher).• Se houver demora significativa para este atendimento, nos casos de intercorrências agudas, que necessitam de avaliação obstétrica imediata, a pessoa gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência hospitalar;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive na sala de espera;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das pessoas gestantes faltosas;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar Pré-natal masculino inserindo a pessoa parceira em todas as etapas do processo
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de pessoas gestantes

ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal ANEXO N.

5.4 Atribuições do médico no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES MÉDICO
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar o cadastramento e acompanhamento da pessoa gestante nos sistemas vigentes, e fornecer a Caderneta da Gestante devidamente preenchida (a caderneta deve ser verificada e atualizada a cada consulta);
<ul style="list-style-type: none">• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta do(a) enfermeiro(a);
<ul style="list-style-type: none">• Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
<ul style="list-style-type: none">• Prescrever medicamentos padronizados conforme o protocolo do pré-natal e preferencialmente da relação Municipal de Medicamentos - REMUME conforme vigência;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a vacinação das pessoas gestantes
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar e tratar as pessoas gestantes que apresentam sinais de alarme;
<ul style="list-style-type: none">• Atender as intercorrências e encaminhar as pessoas gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
<ul style="list-style-type: none">• Identificar as pessoas gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar testes rápidos;
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das pessoas gestantes faltosas;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar Pré-natal masculino inserindo a pessoa parceira em todas as etapas do processo
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de pessoas gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal.

5.5 Atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES CIRURGIÃO DENTISTA
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
<ul style="list-style-type: none">• Verificar o fornecimento da Cartilha da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (a cartilha deve ser verificada e atualizada a cada consulta de pré-natal);
<ul style="list-style-type: none">• Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de risco habitual;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a vacinação das pessoas gestantes
<ul style="list-style-type: none">• Realizar a avaliação geral da pessoa gestante observando o período de gravidez;
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a saúde bucal da pessoa gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
<ul style="list-style-type: none">• Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à pessoa gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
<ul style="list-style-type: none">• Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
<ul style="list-style-type: none">• Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a pessoa gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
<ul style="list-style-type: none">• Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da pessoa gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes e a equipe de Atenção Básica quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver atividades educativas e de apoio à pessoa gestante e aos seus familiares;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as pessoas gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar busca ativa das pessoas gestantes faltosas de sua área de abrangência;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
<ul style="list-style-type: none">• Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do sistema estomatognático;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;
<ul style="list-style-type: none">• Informar os procedimentos realizados nos sistemas vigentes e manter a Caderneta da

Gestante devidamente preenchida e atualizada com os registros das consultas odontológicas.

5.6 Atribuições do nutricionista no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o estado nutricional da mulher;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância da alimentação adequada no pré-natal e puerpério;
<ul style="list-style-type: none">• Detectar possíveis inadequações dietéticas;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar educação alimentar e nutricional e desmistificar mitos;
<ul style="list-style-type: none">• Orientações específicas para sinais e sintomas digestivos, intolerâncias alimentares, se presentes e para correções de práticas alimentares errôneas identificadas na anamnese alimentar;
<ul style="list-style-type: none">• Promover o ganho de peso adequado na gestação;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar sobre a prevenção de doenças específicas da gestação como Diabetes Gestacional e Doença Hipertensiva Específica da Gestação;
<ul style="list-style-type: none">• Prescrever suplementos vitamínicos preconizados no protocolo do pré-natal, de acordo com a Resolução CFN 656/20 e 731/22 e preferencialmente conforme relação Municipal de Medicamentos – REMUME vigente;
<ul style="list-style-type: none">• Investigar tabus, crenças e experiências anteriores relacionadas com o aleitamento materno;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância da amamentação e orientações de técnicas de acordo com as diretrizes do MS;
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver atividades educativas, individuais e coletivas.

* As consultas devem ser iniciadas preferencialmente no primeiro trimestre de gestação;

6. ACOLHIMENTO

“Acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.(PNH/MS, 2006)

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/pessoa gestante.

Pensar também na co-gestão dos processos de trabalho significa acolhimento, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e um ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais.

7. DIAGNÓSTICO

Toda mulher da área de abrangência da Unidade de Saúde e com história de atraso menstrual de 15 dias ou mais, cabe aos profissionais da Equipe (médico(a), enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem, realizar o Teste Rápido de Gravidez (TRG). E na impossibilidade deste, somente o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) devem solicitar o Teste laboratorial de gravidez (B-HCG).

- TRG ou B-HCG Positivo

Dar início à primeira consulta de Pré-natal precocemente, solicitando os exames necessários.

- TRG ou B-HCG Negativo

Repetir novo exame após 15 dias; Persistindo resultado negativo e atraso menstrual de sete semanas ou mais - agendar consulta com o médico (a) da Unidade de Saúde de referência.

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cervix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

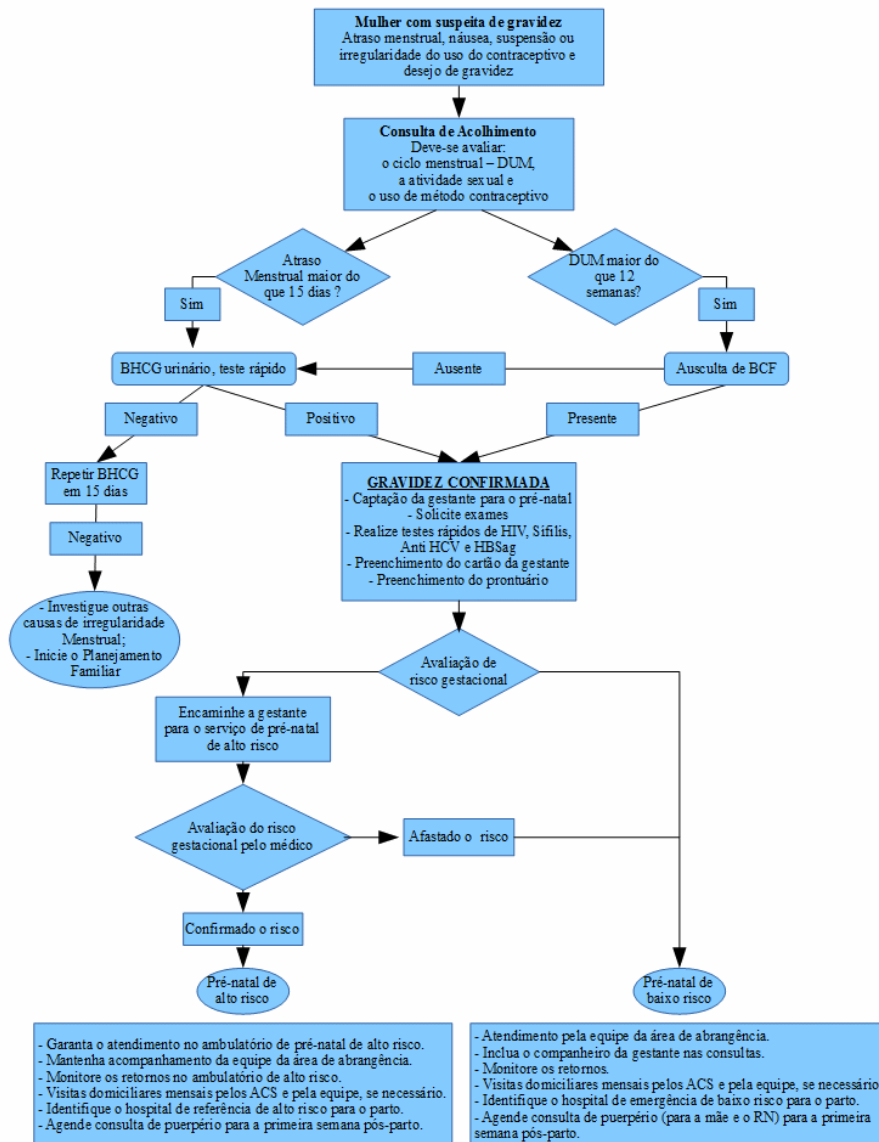
Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);

- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

8.FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL

OBSERVAÇÃO: Solicitar exames laboratoriais previstos no protocolo de PN antes de encaminhar ao especialista com o todos os resultados prontos.



9. CONSULTA PRÉ-NATAL

As consultas de pré-natal deverão ser realizadas a cada 4 semanas até 28 semanas, quinzenalmente de 28 a 36 semanas, e semanalmente a partir de 36 a 41 semanas ou até o parto. Todas as consultas de pré-natal, os exames solicitados e seus resultados devem ser registrados na caderneta da pessoa gestante e nos sistemas vigentes e atualizados a cada nova consulta.

9.1 Periodicidade da consulta

Para o Pré-natal de Risco Habitual, o calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre: até 12ª semana), obtendo-se no mínimo 6 consultas, podendo ser intercaladas entre médico e enfermeiro, conforme quadro abaixo:

PERIODICIDADE DA CONSULTA									
PROFISSIONAL	1ª CONSULTA	2ª CONSULTA	3ª CONSULTA	4ª CONSULTA	5ª CONSULTA	6ª CONSULTA	26ª CONSULTA	>28ª a 36ª QUINZENAL	37ª a 41ª SEMANAL
Enfermeiro	X		X		X		X	X	X
Médico		X		X		X	X	X	X
Cirurgião-dentista		X							

Importante: Na 1ª consulta com o enfermeiro, a pessoa gestante deve ser encaminhada para agendar a consulta odontológica. Dessa forma, são importantes a busca ativa e o acompanhamento das pessoas gestantes em sua área de abrangência, também por meio da visita domiciliar mensal do ACS. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto! Quando o parto não ocorrer até a 41ª semana, é necessário encaminhar a pessoa gestante para avaliação do bem-estar fetal. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada, com o mínimo de 7 consultas (6 NO PRÉ-NATAL E 1 NO PUERPÉRIO).

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a pessoa gestante não perca acompanhamento com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de

pré-natal, intercalando as consultas entre alto e baixo risco, tentando não chocar as agendas evitando consultas excessivas, mas mantendo O MÍNIMO de 1 consulta médica e/ou de enfermagem por mês na atenção primária a saúde, independente das consultas realizadas na Clínica da Mulher.

Lembrando que devido as pessoas gestantes serem do grupo de risco é obrigatório o acompanhamento mensal do agente comunitário de saúde com o devido registro em prontuário.

9.2 Roteiro para primeira consulta pré-natal

PRIMEIRA CONSULTA	
IDENTIFICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Nome; • Número do Cartão Nacional de Saúde; • Idade; • Cor; • Naturalidade; • Procedência; • Endereço atual; • Unidade de referência.
DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de instrução; • Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco); • Estado civil/união; • Número e idade de dependentes (avaliar a sobrecarga - trabalho doméstico); • Renda familiar; • Pessoas da família com renda; • Condições de moradia (tipo, nº de cômodos); • Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); • Distância da residência até a unidade de saúde.
ANTECEDENTES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial; • Diabetes mellitus; • Malformações congênitas e anomalias genéticas; • Gemelaridade; • Câncer de mama e/ou do colo uterino; • Hanseníase; • Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); • Doença de Chagas; • Parceiro portador de infecção pelo HIV.
	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial crônica; • Diabetes mellitus; • Cardiopatias, inclusive Doença de Chagas;

<p>ANTECEDENTES PESSOAIS GERAIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças renais crônicas; • Anemias e deficiências de nutrientes específicos; • Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); • Epilepsia; • Doenças da tireoide e outras endocrinopatias; • Viroses (rubéola, hepatites); • Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas; • Infecção do trato urinário; • Portadora de infecção pelo HIV (se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado); • Doenças neurológicas e psiquiátricas; Cirurgia (tipo e data); • Transfusões de sangue; • Alergias (inclusive medicamentosas); • Doenças neoplásicas; • Vacinação; • Uso de medicamentos; • Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.
<p>ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca); • Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono); • Infertilidade e esterilidade (tratamento); • Infecções sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive por pessoa parceira); • Cirurgias ginecológicas (idade e motivo); • Malformações uterinas; • Mamas (patologias e tratamento realizado); • Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
<p>SEXUALIDADE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Início da atividade sexual (idade da primeira relação); • Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); • Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores; • Número de pessoa parceiras da pessoa gestante e de sua pessoa parceira em época recente ou pregressa; • Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (“uso correto” e “uso habitual”)
<p>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); • Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps); • Cesáreas – indicações; • Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST’s, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo cervical, história de curetagem pós-abortamento); • Número de filhos vivos; • Idade na primeira gestação;

<p>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo entre as gestações (em meses); • Isoimunização Rh; • Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); • Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g; • Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional; • Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos); • Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); • Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu); • Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, transfusões; • Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las); • Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las); • Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
<p>GESTAÇÃO ATUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (certeza ou dúvida); • Cálculo da idade gestacional e data provável do parto; • Aferição da pressão arterial; • Peso prévio e altura; • Sinais e sintomas na gestação em curso; • Hábitos alimentares; • Atividade física; • Medicamentos utilizados na gestação; • Internação durante a gestação atual; • Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; • Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse); • Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pela pessoa parceira e pela família, principalmente se for adolescente; • Identificar pessoas gestantes com fraca rede de suporte social.
<p>CONDUTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de Saúde Bucal: encaminhá-la para o agendamento da consulta odontológica; • Convidar para participar das Atividades Educativas (Encontro de Gestantes,..); • Fazer o agendamento das consultas subsequentes; • Prescrição de medicamentos conforme protocolo; • Realizar cadastro nos sistemas vigentes; • Solicitação de exames laboratoriais e realizar testagem rápida.

9.3 Roteiro para consultas subsequentes

CONSULTAS SUBSEQUENTES	
ANAMNESE	<ul style="list-style-type: none">• Anamnese atual sucinta: enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;• Exame físico direcionado (avaliar o bem-estar materno e fetal);• Verificar o calendário de vacinação;• Avaliar o resultado dos exames complementares;• Revisar e atualizar a Caderneta de Gestante a cada consulta
CONTROLES MATERNOS	<ul style="list-style-type: none">• Cálculo e anotação da idade gestacional;• Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;• Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);• Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);• Pesquisa de edema;• Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.
CONTROLES FETAIS	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registo dos movimentos fetais;• Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.• Auscultar os batimentos cardíofetais;
CONDUTAS	<ul style="list-style-type: none">• Interprete os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;• Avalie os resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;• Prescreva a suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;• Oriente a pessoa gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;• Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;• Oriente a pessoa gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;• Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;• Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;• Faça o agendamento das consultas subsequentes.• Encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco caso tenha 10 pontos somados conforme o instrumento de estratificação de risco gestacional do

9.4 Roteiro para consulta odontológica

CONSULTA ODONTOLÓGICA DA PESSOA GESTANTE	
ANAMNESE/ CONDUTAS	<ul style="list-style-type: none">• O atendimento odontológico deve ser feito de forma integrada com os demais profissionais de saúde. Para planejamento das ações individuais, é importante organizar o atendimento de acordo com cada período de gravidez.• É essencial que os agravos bucais e a necessidade de tratamento odontológico sejam identificados e sinalizados, assim como a consulta, na Caderneta da Gestante.• O primeiro trimestre corresponde ao período menos adequado para o tratamento odontológico, devido as transformações embriológicas que acontecem no momento. É prudente evitar tomadas radiográficas.• No segundo trimestre é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos.• No terceiro trimestre é prudente evitar o tratamento neste período. As urgências odontológicas devem ser realizadas em qualquer período da gestação, observando os cuidados indicados para cada período. <p><u>Primeiro Trimestre</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Acolhimento e cadastramento da pessoa gestante; A pessoa gestante será avaliada pelo CD por meio de anamnese e exame clínico.• Avaliação geral da paciente• Orientações sobre saúde bucal: Conceito de placa bacteriana; incentivo à adoção de hábitos saudáveis dentro do ambiente familiar.• Elaboração do plano de tratamento a ser realizado no segundo trimestre (Adequação do meio bucal).• Caso seja necessário algum procedimento odontológico urgente nesta consulta, este será realizado a fim de aliviar a dor e tratar qualquer infecção. Caso sejam necessárias exodontias ou cirurgias, estas não são contra indicadas, porém devem ser realizadas com precaução. <p><u>Segundo Trimestre</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Atendimento clínico Individual, nesta etapa devem ser realizados além de orientações em saúde bucal, os procedimentos clínicos odontológicos com finalidade de adequação bucal.• Evitar sessões de tratamento prolongadas. As tomadas radiográficas devem ser evitadas durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre;• Quando necessário usar o avental de chumbo com coleite cervical, e evi-

**ANAMNESE/
CONDUTA**

tar erros técnicos.

- A solução anestésica local mais segura é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo 2 tubetes (3,6 ml).
- Medicamentos devem ser evitados e quando necessários, devem ser selecionados conforme medicação preconizada em anexo.
- Na necessidade de prescrição medicamentosa é importante que o CD entre em contato com o médico responsável pelo acompanhamento da pessoa gestante, para avaliação conjunta do risco/benefício.

Terceiro Trimestre

- É prudente evitar o tratamento neste período, devido ao desconforto da cadeira odontológica e hipotensão postural.
- Caso seja necessário algum procedimento clínico de urgência nesta fase gestacional, este também será realizado a fim de aliviar a dor e tratar a infecção.
- Esta consulta consistirá em incentivo e orientações, trabalhando de forma multidisciplinar com os demais profissionais.
- Orientações da importância da amamentação em relação a saúde bucal; Esclarecimento da sucção complementar.
- Orientação da importância dos testes de triagem do recém-nascido.
- Importância dos cuidados de saúde bucais diários dentro do ambiente familiar e educação da saúde bucal do bebê.
- A transmissibilidade da doença cárie da mãe e/ ou responsável do bebê tem relação com a saúde da criança.
- Estimular a pessoa gestante quanto a importância do retorno ao CD para consulta puerperal.



Cartilha - Saúde Bucal da Gestante
do Ministério da Saúde:



**RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A GESTAÇÃO
PELA ODONTOLOGIA**

Analgésicos

Apresentação	Posologia
Paracetamol comp. 500mg	1 comp. de 6/6h horas enquanto houver dor V.O
Dipirona comp. ou gts 500mg	1 comp. ou 35 gts de 6/6h se dor
* Ácido acetilsalicílico é contraindicado	

Anti-Inflamatórios

Apresentação	Posologia
Betametasona comp. 2mg	2 comp. dose única V.O
Dexametasona comp. 4 mg	1 comp. dose única V.O
*AINES devem ser usados com precaução e não usar no último trimestre de gravidez. Neste período empregar os corticosteroides em dose única de 4mg. Recentemente, Food and Drugs Administration (FDA) emitiu um alerta contra o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) na última metade da gravidez.	

Antibióticos

Apresentação	Posologia
Infecções leves	
Amoxicilina comp. 500mg	1 comp. de 8/8h- 7 dias V.O
Infecções graves	
Cefalexina comp. 500mg	1 comp. de 6/6h- 7 dias V.O
Alergia a penicilina	
Clindamicina comp. 500mg	1 comp. de 8/8h- 7 dias V.O

Anestésicos locais

Apresentação	Nome Comercial
Lidocaína 2% com vasoconstrictor-adrenalina 1:100.000	Xylocaina, lidocaína com vaso constrictor
Evitar uso Prilocaína (Citanest, Biopressin) e Fenilefrina (vasopressor do Novocol): são tóxicos ao feto e ao recém-nascido. SEMPRE contate o Ginecologista/obstetra para troca de informações	

Fonte: Protocolo de atenção à saúde bucal para pessoas gestantes-UFMG/2014

9.5 Queixas frequentes na gestação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
NÁUSEAS/ VÔMITOS	<p>Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes.</p> <p>Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta; • Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; • Gestações não planejadas. 	<p>Ver Fluxograma 2</p> <p>Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada, pessoas gestantes com queixas mais severas podem ser encaminhadas para nutricionista via SISREG.</p>	Fluxograma 2
QUEIXAS URINÁRIAS	<p>A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta; • Presença de sintomas sistêmicos. 	Ver Fluxograma 3	Fluxograma 3
DOR ABDOMINAL/ CÓLICA	<p>Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas.</p> <p>Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta; • Presença de ITU; • Verificar se a pessoa gestante não está apresentando contrações uterinas. 	Ver Fluxograma 4	Fluxograma 4
EDEMA	<p>No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; • A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal. 	Ver Fluxograma 5	Fluxograma 5
	Embora possa acometer a pessoa gestante durante	É recomendado: Fazer alimenta-	

<p>PIROSE/ AZIA</p>	<p>toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas iniciados antes da gravidez; • Uso de medicamentos; • História pessoal e familiar de úlcera gástrica. 	<p>ção fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise;</p> <p>Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);</p> <p>Evitar frituras, café, chá-mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;</p> <p>Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação.</p> <p>Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos:</p> <p>Hidróxido de alumínio ou magnésio, após as refeições e ao deitar-se.</p> <p><u>Apresentação:</u></p> <p>Comprimido mastigável (200 mg)</p> <p>Suspensão oral (35,6 mg +37 mg/ml)</p> <p><u>Posologia:</u></p> <p>300-600mg, 4-6x/dia</p> <p>Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons (prescrição médica).</p> <p>Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada, pessoas gestantes com queixas mais severas podem ser encaminhados para nutricionista via SISREG.</p>	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)/nutricionista</p>
<p>SIALORREIA</p>	<p>A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.</p>	<p>É recomendado: Explicar que é uma queixa comum no início da gestação;</p> <p>Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos.</p> <p>Orientar a pessoa gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).</p> <p>Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada, pessoas gestantes com queixas mais severas podem ser enca-</p>	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)/nutricionista</p>

		minhadas para nutricionista via SISREG.	
FRAQUEZA/ TONTURA	<p>Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.</p>	<p>Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da pessoa gestante, são eficazes, sendo recomendado: Evitar a inatividade; Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos; Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.</p>	Enfermeiro (a)/médico (a)
FALTA DE AR/ DIFICULDADE PARA RESPIRAR	<p>Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero grávido) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório <u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta; • Tosse; • Edema; • História de asma e outras pneumopatias; • Sinais ou história de TVP; • História de trauma recente; • Febre associada. 	<p>Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da pessoa gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).</p>	Enfermeiro (a)/médico (a)
DOR NAS	<p>Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase to-</p>	<p>Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar</p>	Enfermeiro (a)/

<p>MAMAS (MASTALGIA)</p>	<p>talidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional. <u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta; • Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. 	<p>qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.</p>	<p>médico (a)</p>
<p>HEMORROIDA</p>	<p>O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto. <u>Avaliar sempre sinais de gravidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da intensidade da dor; • Endurecimento do botão hemorroidário; • Sangramento retal. 	<p><u>É recomendado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Usar anestésicos tópicos, se necessário; <p>Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.</p>	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>
<p>DOR LOMBAR</p>	<p>A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. <u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); • Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, deficit neurológico); • História de trauma. 	<p><u>Orientar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrigir a postura ao se sentar e andar; • Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; • Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; • Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; • Recomendar acupuntura; • Indicar atividades de alongamento e orientação postural. <p>Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.</p>	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>
<p>CORRIMENTO VAGINAL</p>	<p>O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. <u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e 	<p><u>Orientar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; • Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. • Não usar cremes vaginais 	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>

	outros;	quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal	
CEFALEIA	<p>É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de cefaleia secundária; • Sintomas antes da gravidez; • Diagnóstico prévio de enxaqueca; • Uso de medicamentos. 	<p><u>Orientar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Conversar com a pessoa gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; • Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc. <p>Considerar o uso de analgésicos comuns:</p> <p>Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas;</p> <p>Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.</p>	Enfermeiro (a)/médico (a)
VARIZES	<p>Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor contínua ou ao final do dia; • Presença de sinais flogísticos; • Edema persistente. 	<p>Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudar de posição com maior frequência; • Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; • Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; • Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores; • Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8. • Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas. 	Enfermeiro (a)/médico (a)
	<p>Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos; • Presença de varizes; • Fadiga muscular por uso excessivo. 	<p>Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); • Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo 	Enfermeiro (a)/médico (a)

<p>CÂIMBRAS</p>		<p>período, como em viagens demoradas;</p> <ul style="list-style-type: none"> Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional. 	
<p>ESTRIAS</p>	<p>Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.</p>	<p><u>É recomendado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção; Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico. Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação. 	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>
<p>PIGMENTAÇÃO/ CLOASMA GRAVÍDICO</p>	<p>O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das pessoas gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das pessoas gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.</p>	<p>Geralmente estas hiperchromias desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.</p> <p><u>É recomendado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. O uso de ácido azelaico (despigmentante) é permitida gestante 	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>

		tação (prescrição médica)	
ALTERAÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO FETAL	Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal. A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia. Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto, elas podem revelar comprometimento fetal.	Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina. 	Enfermeiro (a)/médico (a)
SANGRAMENTO NA GENGIVA	Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.	Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; Orientar a realização de massagem na gengiva; Realizar bochechos com soluções antissépticas. Agendar atendimento odontológico sempre que possível. 	Enfermeiro (a)/médico (a)
EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL	Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.	Enfermeiro (a)/médico (a)

FONTE: Protocolo Atenção Básica – Saúde das Mulheres/2016, Ministério da Saúde, páginas 90 a 196.

9.6 Intercorrências do pré-natal

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICA/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
ABORTAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de alerta para abortamento. Atraso menstrual. Sangramento vaginal. Presença de cólicas no hipogástrio. Realização de exame especular e toque vaginal. Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. 	Na ameaça de aborto: <ul style="list-style-type: none"> Administrar, por tempo limitado, a n t i e s p a s m ó d i c o s (hioscina,/escopolamina 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); R e c o m e n d a r abstinência sexual; Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamen- 	Médico (a)

	<ul style="list-style-type: none"> Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não). Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico. Realização de exame ultrassonográfico, se possível. Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo. Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. Para o diagnóstico de aborto retido: presença de concepto morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio. No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral. 	<p>to pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável;</p> <ul style="list-style-type: none"> Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. <p><u>No abortamento inevitável e aborto retido:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para o hospital de referência obstétrica <p><u>No abortamento infectado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; Encaminhar para o hospital de referência obstétrica. 	
GRAVIDEZ ECTÓPICA	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. <p><u>Sinais de alerta:</u> sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a pessoa gestante para um hospital de referência obstétrica IMEDIATAMENTE. Se sinais de instabilidade hemodinâmica, acionar SAMU IMEDIATAMENTE. 	Médico (a)
GRAVIDEZ ECTÓPICA	<p><u>Sinais de alerta:</u> sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.</p>		Médico (a)
OUTRAS CAUSAS DE SANGRAMENTO	<p>DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL</p> <p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognômico); A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas); A presença de hiperemese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos; A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque; A doença trofoblástica pode vir com hipertensão 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a pessoa gestante ao hospital de referência obstétrica. 	Médico (a)

	gestacional precoce.		
	<p style="text-align: center;">DESCOLAMENTO CORIOAMNIÓTICO</p> <p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; • A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. • Realização de exame ultrassonográfico • Visualização do descolamento corioamniótico. 	<p><u>Recomendações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar abstinência sexual; • Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS. <p>Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.</p>	
DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; • Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); • Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <p><u>Realização do exame obstétrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (contrações muito frequentes [> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; • Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; • Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; • Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na suspeita diagnóstica, encaminhar a pessoa gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica, acionar SAMU IMEDIATAMENTE 	Enfermeiro (a)/médico (a)
DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)	<p><u>Realização do exame obstétrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (contrações muito frequentes [> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; • Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; • Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; • Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. 		Enfermeiro (a)/médico (a)
PLACENTA PRÉVIA	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. <p><u>Realização do exame obstétrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revela volume e tônus uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; • Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; • O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na sus- 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar a pessoa gestante para o alto risco <p>EM CASO DE SANGRAMENTO VAGINAL ABUNDANTE, encaminhar a pessoa gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica, acionar SAMU IMEDIATAMENTE.</p>	Médico (a)

	<p>peita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.</p> <p><u>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; • Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo. 		
TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; • Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; • Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 3 e solicitar urina tipo I e urocultura; • Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar avaliação especializada, quando possível. • O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a pessoa gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência, se estiver com dinâmica uterina efetiva e dilatação > 4 cm acionar SAMU IMEDIATAMENTE. 	<p>Enfermeiro (a)/médico (a)</p>
TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)			<p>Enfermeiro (a)/médico (a)</p>
ANEMIA	<p><u>Fatores de risco para anemia na gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; • Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão; • Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovírose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); • Infecções de longo prazo; • Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme. <p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro; • Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros. 	<p>Ver Fluxograma 6</p> <p>Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada, pessoas gestantes com queixas mais severas podem ser encaminhados para nutricionista via SISREG.</p>	<p>Ver Fluxograma 6</p>

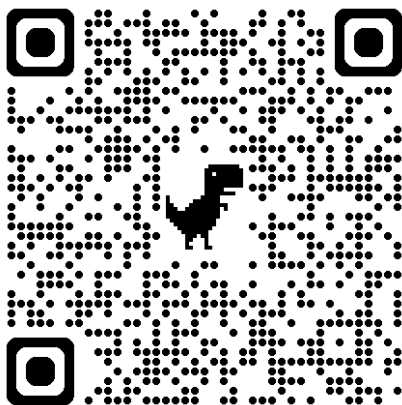
<p>DIABETES MELLITUS GESTACIONAL</p>	<p>Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.</p>	<p>Ver Fluxograma 11.</p> <p>Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada para orientações da pessoa gestante ou encaminhá-la para nutricionista via SISREG.</p> <p>Se Glicemia de jejum alterada na primeira rotina de PN, explicar a paciente sobre a DMG, orientar dieta e atividade física, iniciar controle glicêmico por 15 dias, avaliar no retorno se houve controle ou não da glicemia. Caso contrário encaminhar para o PNAR</p>	<p>Ver Fluxograma 11</p>
<p>IST</p>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; • Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em pessoas gestantes. 	<p>Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação</p>	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>
<p>ALTERAÇÃO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Polidrâmnio; • Oligoidrâmnio; • Amniorrexe prematura; • Ver Fluxograma 10. 	<p>Ver Fluxograma 10.</p>	<p>Ver Fluxograma 10</p>
<p>GESTAÇÃO PROLONGADA OU PÓS-DATISMO</p>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; • Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a pessoa gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. • Monitorar a pessoa gestante até a internação para o parto. • <u>Recomenda-se</u> vigilância do bem-estar fetal a partir das 40 semanas de gestação, por meio da contagem dos movimentos fetais (mobilograma) e da avaliação fetal por propedêutica subsidiária a cada dois ou três dias (CARDIOTOCOGRAFIA). 	<p>Enfermeiro (a)/ médico (a)</p>

FONTE: Protocolo Atenção Básica – Saúde das Mulheres/2016, Ministério da Saúde, páginas 101 a 108 e Manual de gestação de alto risco (MS, 2024).

9.7 Pré-natal masculino

O Pré-natal da pessoa parceira visa integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem seus exames preventivos de rotina. A participação do pai/pessoa parceira tem relevância no pré-natal, puerpério e período de amamentação e, além de incentivar o homem ao cuidado com sua saúde, constitui-se uma ferramenta de prevenção e tratamento das IST. Sendo muito importante aproveitar a oportunidade para que atualizem o cartão de vacinação, participem de atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal, compartilhe com sua/seu parceira(o) os cuidados com a criança e assim exerçam uma paternidade ativa. Testar o fator Rh da pessoa parceira é crucial se a pessoa gestante for Rh-negativo, prevenindo a isoimunização materno-fetal. O exame de tipagem sanguínea (ABO/Rh) do pai detecta compatibilidade. Se pessoa parceira for Rh-positivo, a pessoa gestante precisa realizar o exame de [Coombs Indireto](#) para monitorar anticorpos

CALENDÁRIO VACINAL PARCERIA	
Vacina	Periodicidade
Hepatite B	3 doses (a depender da situação anterior)
Febre Amarela	Dose única
Verificar situação vacinal. Se nunca vacinado, 3 doses. Se vacinado, reforço a cada 10 anos	Verificar a situação vacinal anterior, se nunca vacinado: 2 doses (20 a 29 anos) e 1 dose (30 a 49 anos)
Dupla adulto (dT) (difteria e tétano)	Verificar situação vacinal. Se nunca vacinado, 3 doses. Se vacinado, reforço a cada 10 anos



PRÉ-NATAL DO Pessoa Parceira PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

10. EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA E CONDUTAS

No quadro a seguir está descrito um roteiro para a solicitação de exames que pode ser realizado pelo enfermeiro ou médico no pré-natal de risco habitual, de acordo com a idade gestacional.

Quadro 1: Exames do Pré-Natal na APS

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Hemograma	Hemograma	Hemograma
Parcial de Urina Parcial de urina	Parcial de Urina Parcial de urina	Parcial de Urina Parcial de urina
Urocultura com antibiograma	Urocultura com antibiograma	Urocultura com antibiograma
Teste rápido para sífilis Teste rápido para Hepatite C Teste rápido para Hepatite B Teste rápido para anti-HIV	Teste rápido para sífilis Teste rápido para Hepatite C Teste rápido para Hepatite B Teste rápido para anti-HIV	Teste rápido para sífilis Teste rápido para Hepatite C Teste rápido para Hepatite B Teste rápido para anti-HIV
Toxoplasmose IgG/IgM	Toxoplasmose IgG/IgM (se negativo no 1º trimestre)	Toxoplasmose IgG/ IgM (se negativo no 2º trimestre)
Glicemia de jejum	Teste de tolerância à glicose com 75g, entre 24º e a 28º semana, se GJ normal no 1º trimestre	Teste de tolerância à glicose com 75g caso a paciente tenha iniciado PN no 3º trimestre
Coombs indireto (se pessoa gestante Rh -)	Coombs indireto (se pessoa gestante Rh -)	Coombs indireto (se pessoa gestante Rh- que não recebeu a imunoglobulina com 28 semanas)
Sorologia anti-HTLV 1 e HTLV 2		
Eletroforese de hemoglobina		
Tipagem Sanguínea (ABO e Rh)		
USG preferencialmente no 1º trimestre.		
		Cultura para pesquisa Streptococcus do grupo B, entre 35-37 semanas

OBS: Todos os exames descritos anteriormente podem ser solicitados pelo profissional médico e enfermeiro.

EXAMES

RESULTADOS/CONDUTAS



<p>USG OBSTÉTRICO</p>	<p>A Gestante deve realizar um exame de USG, preferencialmente no 1º trimestre.</p> <p>(Realizar <u>a partir das 08 semanas de gestação</u>).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. ➤ Solicitar outros USGs somente quando houver necessidade, diante das intercorrências na gestação.
<p>HEMOGRAMA</p>	<p><u>Resultado:</u> >Hb>11g/dl: normal >Hb 8 e 10,9g/dl: anemia leve a moderada >Hb<8g/dl: anemia grave</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se anemia presente, tratar e acompanhar conforme fluxograma 6. ➤ Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de Alto Risco.
<p>ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA</p>	<p><u>Resultado:</u> >HbAA: Normal, sem doença falciforme; >HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. >HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. >HbA com variante qualquer: sem doença falciforme;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações sobre a condição genética pela equipe da APS. ➤ Doença falciforme: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. ➤ Todas as pessoas gestantes devem receber, durante toda a gestação, ácido fólico na dose de 5 mg/dia. Apenas porção muito pequena das pessoas gestantes com doença falciforme poderá receber suplementação de ferro, e essa só deve ser prescrita em casos selecionados e baseada na cinética de ferro (Prescrição médica) (MS, 2022).
<p>GLICEMIA DE</p>	<p><u>Resultado:</u> >Inferior a 92 mg/dl: normal >Entre 92 mg/dl a 125 mg/dl: DM gestacional >Se >126 mg/dl: diagnóstico de DM PRÉVIO na gestação</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade física apropriada). Realizar TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas. ➤ Acima de 92 mg/dl orientar dieta DMG + atividade física leve + controle

<p>JEJUM</p>	<p>de HGT por 2 semanas. Encaminhar ao Alto Risco se não houver o controle adequado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada para orientações da pessoa gestante ou encaminhá-la para nutricionista via SISREG. ➤ DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente: em jejum, antes e 2h após as principais refeições, com os seguintes valores de referência: jejum <95mg/dL e 2h após <120mg/dL. ➤ Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2 semanas) ou associado à hipertensão ou macrosomia fetal: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco; ➤ DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
<p>TIPAGEM SANGUÍNEA + FATOR Rh</p>	<p><u>Resultado:</u> >A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo >A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar o exame de Coombs indireto. ➤ O Coombs Indireto é solicitado no primeiro trimestre e repetido mensalmente ou a cada 4 semanas, especialmente a partir da 24^a-28^a semana, se o resultado anterior for negativo. ➤ <u>28^a Semana:</u> Se Coombs indireto for negativo na 28^a semana de idade gestacional, é possível administrar a imunoglobulina anti-D, mas se por algum motivo não for administrada o exame do coombs indireto deve ser repetido mensalmente até o parto. ➤ Se o Coombs Indireto se mantiver negativo, a pessoa gestante recebe a injeção de imunoglobulina anti-Rh (vacina) por volta da 28^a semana para prevenir a sensibilização não repetir exame de coombs após a injeção. ➤ Se em algum momento da gestação o Coombs for Positivo: indica que a mãe já está sensibilizada, exigindo acompanhamento especializado e rigoroso no PNAR. ➤ Antecedentes de isoimunização RH, Hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh realizar exame de Coombs indireto e encaminhar

	<p>ao PNAR (soma 5 pontos nos critérios de estratificação).</p> <p>➤ Pós-parto: Recomenda-se a avaliação da tipagem sanguínea e do fator Rh, assim como o teste de Coombs direto do recém-nascido, a partir de coleta de sangue do cordão umbilical, imediatamente após o nascimento. Se o recém-nascido for Rh positivo e seu Coombs direto for negativo, a mãe deverá receber a imunoglobulina no pós-parto</p>
<p>TOXOPLASMOSE IgG e IgM</p>	<p><u>Resultado:</u></p> <p>➤ As condutas devem ser observadas de acordo com a idade gestacional se acima ou abaixo de 16 semanas (Fluxograma 8)</p> <p>>IgM não reagente e IgG reagente: Imunidade remota/pessoa gestante com infecção antiga ou toxoplasmose crônica.</p> <p>➤ Não é necessário repetir sorologia/manter pré-natal na APS.</p> <p>>IgM e IgG não reagente: suscetível.</p> <p>➤ Orientar medidas de prevenção/repetir sorologia nos próximos trimestres /seguir pré-natal na APS.</p> <p>>IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção.</p> <p>➤ Iniciar tratamento conforme idade gestacional /notificar/ encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco</p> <p>> IgM reagente e IgG não reagente: infecção muito recente ou falso positivo.</p> <p>➤ Iniciar tratamento/notificar/ encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco/repetir sorologia em 2 semanas. Pré-natal de Alto risco confirmará a infecção, no caso de descartar toxoplasmose a pessoa gestante retorna para pré-natal de risco habitual na APS.</p> <p>➤ Orientar medidas de prevenção primária para todas as pessoas gestantes</p>
<p>URINA TIPO I</p>	<p><u>Resultado:</u></p> <p>>Leucocitúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 5cél/campo</p> <p>>Hematúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 3 – 5hem/campo</p> <p>>Proteinúria: alterado >10mg/dl;</p> <p>Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.</p> <p>➤ Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente.</p> <p>➤ Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e</p>

	<p>encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco, se necessário.</p> <p>➤ Proteinúria: <u>Traços de proteinúria:</u> repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a pessoa gestante ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>Proteinúria maciça:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Pielonefrite:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>ITU refratária ou de repetição:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.</p>
UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA	<p><u>Resultado:</u> >Urocultura negativa: <100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL) >Urocultura positiva: >100.000UFC/mL >Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.</p> <p>Tratar conforme antibiograma</p>
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL	<p><u>Resultado:</u> >TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para Sífilis.</p> <p>>TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prescrever tratamento para pessoa gestante e pessoa parceira. ➤ Se pessoa parceira reagente e pessoa gestante não reagente, realizar tratamento de ambos, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na pessoa gestante. ➤ Nota: O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. ➤ Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste ➤ O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. ➤ Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. ➤ Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. ➤ Pessoas parceiras sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano
TESTE RÁPIDO	<p><u>Resultado:</u> >Não Reagente: Não Reagente para HIV. >Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (diferente marca), TR1 e TR2</p>

<p>PARA HIV. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HIV I e II</p>	<p>reagentes = Amostra Reagente para HIV.</p> <p>>Discordante: TR1 reagente, TR2 Não Reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, entrar em contato com o SAE para agendar exames laboratoriais complementares</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico confirmado: notificar, entrar em contato com o SAE para programar acolhimento e coleta de Carga Viral e CD4, e início de tratamento com médico do SAE. ➤ Se pessoa parceira reagente e pessoa gestante não reagente, oferecer a PREP, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na pessoa gestante. ➤ Encaminhar para Alto Risco (fará acompanhamento com SAE e Alto Risco)
<p>TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HCV</p>	<p><u>Resultado:</u></p> <p>>Testes rápidos de HCV reagente: notificar, entrar em contato com o SAE para programar coleta de Carga Viral de Hepatite C para confirmação do diagnóstico e agendamento de consulta médica no SAE com gastroenterologista.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Encaminhar para Alto Risco e SAE. ➤ Se pessoa parceira reagente e pessoa gestante não reagente, orientar uso de preservativo
<p>TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B. SOMENTE na falta, solicitar HBsAg</p>	<p>>HBsAg não reagente: normal</p> <p>>HBsAg reagente: notificar, entrar em contato com o SAE para programar coleta de Carga Viral de Hepatite B e exames complementares, agendamento de consulta médica no SAE com gastro.</p> <p>>HbsAg reagente: deve ser encaminhada ao Alto Risco e SAE.</p> <p>>HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 12ª semana de gestação. Toda pessoa gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina contra Hepatite B ou ter seu calendário completado.</p> <p>Observação importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Se pessoa parceira teste rápido reagente</u> para Hepatite B e <u>pessoa gestante não reagente</u>, seguir as seguintes condutas: <p>Encaminhar pessoa parceira para acampamento no SAE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar esquema vacinal para vacina de Hepatite B da pessoa gestante. Gestante sem esquema vacinal ou com esquema vacinal para Hepatite B in-

	<p>completo: atualizar esquema. Após 30/40 dias da realização da 3ª dose, realizar anti-Hbs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti HBs negativo (esquema vacinal contra Hepatite B completo com 3 doses): encaminhar para fazer 4ª dose. Repetir Anti-HBs em 30/40 dias após a aplicação. Se persistir Anti-HBs negativo: encaminhar para 5ª e 6ª dose. Aguardar 30 dias após a 6ª dose e repetir Anti-Hbs. • Se Anti-Hbs positivo, pessoa gestante imune • Caso não houver resposta vacinal após dois esquemas realizados, esses indivíduos serão considerados como não respondedores à vacinação e suscetíveis à infecção pelo HBV, devendo receber orientações sobre outras formas de prevenção da infecção. Deverá ser mantido o rastreamento periódico da hepatite B, mas a testagem com anti-HBS não está indicada.
<p>TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TTOG 75 G) DOSAGENS: JEJUM 1ª E 2ª HORA</p>	<p>Somente solicitar TTOG 75 g entre 24 e 28 semanas se glicemia de jejum for inferior a 92 mg/dl no primeiro trimestre.</p> <p>Diabetes Mellitus Ao menos um valor de: jejum: ≥ 126 mg/dl 2ª hora: ≥ 200 mg/dl</p> <p>Diabetes Mellitus Gestacional Ao menos um valor de: jejum: 92 a 125 mg/dl 1ª hora: ≥ 180 mg/dl 2ª hora: 153 a 199 mg/dl</p>
<p>CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO</p>	<p>A realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.</p>
<p>PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO</p>	<p>➤ Entre 35 e 37 semanas</p> <p>➤ Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.</p>
<p>Sorologia anti-HTLV 1 e HTLV</p>	<p>➤ Triagem sorológica na primeira rotina de pré-natal até 12 semanas.</p> <p>Caso a pessoa gestante não tenha feito a coleta na primeira consulta de pré-natal, solicitar com os exames de 2º trimestre ou a qualquer momento da gestação, não perdendo a oportunidade de coletar preferencialmente até a 32ª semana de gestação.</p> <p>> NEGATIVO Seguir pré-natal de rotina</p> <p>> POSITIVO</p>

	<p>Realizar teste confirmatório no LACEN Vigilância Epidemiológica Se confirmatório POSITIVO seguir Fluxograma X.</p>
--	---

11. ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO

Observação: O esquema vacinal no pré-natal seguirá a atualização do calendário nacional e/ou estadual de vacinação.

	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Agendar ao saber da gravidez	hepatite B	3 doses (conforme histórico vacinal)	hepatite B, hepatite D
	dT	3 doses (conforme histórico vacinal)	difteria, tétano
	influenza trivalente	1 dose por temporada	influenza (gripe)
	covid-19	1 dose a cada gestação	formas graves da covid-19 e óbitos causados pelo vírus SARS-CoV-2
	dTpa	1 dose a partir da 20ª semana gestacional, em cada gestação	difteria, tétano, coqueluche
	febre amarela ¹	1 dose, em casos excepcionais, conforme histórico vacinal	febre amarela
	vírus sincicial respiratório (VRSR)	1 dose a partir da 28ª semana gestacional, em cada gestação	Bronquiolite, pneumonia e outras complicações na criança, em seus primeiros 6 meses de vida; a gestante vacinada transfere anticorpos para o bebê

1 Obs.: A recomendação da vacinação contra a febre amarela para pessoas gestantes somente se considera na impossibilidade de adiamento, em caso de residente ou viajante para área de risco epidemiológico e mediante avaliação do serviço de saúde sobre o risco benefício da vacinação. Neste contexto, recomenda-se 1 dose para aquelas sem comprovação vacinal, para as vacinadas com apenas 1 dose antes dos 5 anos de idade e para as que receberam apenas dose fracionada (em 2018). Em caso de viajantes, é de 10 dias o prazo mínimo para a vacinação antes da viagem, tendo em vista o tempo necessário à soroconversão.

12. PROFILAXIAS RECOMENDADAS

As pessoas gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico para a prevenção de defeitos do tubo neural (DTN). A recomendação de ingestão é de 0,4mg de ácido fólico, todos os dias. Essa quantidade deve ser consumida pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até a 12ª semana da gestação. Com o objetivo de repor as reservas corporais maternas, todas as mulheres até o terceiro mês pós-parto devem ser suplementadas apenas com ferro (40 mg ferro elementar/dia até o terceiro mês pós-parto). A suplementação com ferro também é recomendada nos casos de abortos (40 mg ferro elementar/ dia até o terceiro mês pós-aborto). Casos de anemia já diagnosticados: o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável (BRASIL, 2022).

MEDICAMENTO	PERÍODO DE USO	DOSAGEM	INDICAÇÃO	QUEM FAZ
ÁCIDO FÓLICO	30 dias antes da concepção até a 12ª semana de gestação.	400µg ou 0,4 mg,	<ul style="list-style-type: none">• Prevenção de defeitos do tubo neural• Anemia• Anemia megaloblástica	Médico/ Enfermeiro
SULFATO FERROSO	Diariamente após a confirmação da gravidez até o final da gestação. Mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto: Diariamente até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.	1cp de 40mg de ferro elementar	<ul style="list-style-type: none">• Anemia	Médico/ Enfermeiro

Para as mulheres com alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia, a ingestão diária de ácido acetilsalicílico (AAS) em doses de 100mg ou mais, iniciada antes de 16 semanas de gestação, demonstrou redução de 62% do risco do aparecimento da pré-eclâmpsia antes da 37ª semana de gestação e de 80% antes da 34ª semana de gestação. A suplementação de cálcio para mulheres com as mesmas características foi capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em 55% (Rio Grande do Sul, 2024).

Quadro 7: Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia

Apresentação Clínica/Obstétrica	Condição	Risco Considerado
Identificação	Idade ≥ 35 anos	MODERADO
	Nuliparidade	
	Raça/cor negra	
Antecedentes pessoais e familiares	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmã)	ALTO
	Hipertensão arterial crônica	
	Diabetes tipo 1 ou 2	
	Doença renal	
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, artrite reumatoide)	
	Obesidade (IMC ≥ 30)	
Antecedentes obstétricos	Intervalo > 10 anos desde a última gestação	MODERADO
	Gestação prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso a moderado, nascer com > 37s e trabalho de parto pré-termo)	
	História de pré-eclâmpsia em gestação anterior	ALTO
	Gestação múltipla	
	Pós-reprodução assistida	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023), Febrasgo (2017, 2023) [47,48].

MEDICAMENTO	PERÍODO DE USO	DOSAGEM	INDICAÇÃO	QUEM FAZ
PRÉ-ECLÂMPسيا	Ácido acetilsalicílico (AAS)	AAS 100 mg, VO, 1 cp à noite. (A partir de 12 semanas até 36 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em pessoa gestante que apresente 1 fator de risco alto e/ou 2 fatores de risco moderados 	Médico

* Consultar Quadro X: Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia.

* Caso a paciente tenha baixa ingestão de cálcio, adicionar Carbonato de Cálcio 500 mg 12/12h até o parto.

13. ATENÇÃO NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL

As orientações nutricionais durante a gestação tem a finalidade de promover a saúde e o bem-estar da mulher pessoa gestante e o perfeito desenvolvimento fetal, visando prevenir o surgimento de agravos, como desnutrição, obesidade, diabetes gestacional, hipertensão, complicações obstétricas ou neonatais e doenças cardiovasculares através da realização da avaliação nutricional que consiste em: avaliação antropométrica, clínica, dietética, bioquímica, cálculo das necessidades nutricionais durante a gestação a cada consulta pré-natal de acordo com a semana gestacional.

É de extrema importância o consumo adequado de alimentos variados, in natura e minimamente processados, e, água, a fim de suprir as necessidades fundamentais de nutrientes que estão aumentadas nessa fase da vida. A alimentação da pessoa gestante deve ser pautada nos princípios e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) e no Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Gestante (BRASIL, 2021).

É importante que a equipe realize o questionário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) a fim de conhecer o consumo alimentar das pessoas gestantes e posteriormente propor ações educativas individuais e coletivas. O 2 Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante (ANEXO M - Fig.2) também é instrumento que pode e deve ser utilizado pelos profissionais durante o cuidado dessa população (BRASIL,2021).

O organismo da pessoa gestante sofre inúmeras mudanças fisiológicas e anatômicas para benefício da saúde materna e fetal. Por essa razão, além de uma dieta adequada, é necessário considerar a suplementação vitamínica de ferro, ácido fólico, cálcio, Vit. A e D, entre outros, evitando deficiência nutricional (ALKIMIN et al., 2023).

Cabe ressaltar que a realização de dietas não assistidas por profissional de saúde, com intuito de perda de peso corporal, não é recomendada durante a gestação, considerando os potenciais malefícios que as restrições e erros alimentares podem causar ao bebê. (CONITEC,2020).

Na gestação, é particularmente relevante o consumo de uma grande variedade de alimentos in natura e minimamente processados e água, para suprir a necessidade de nutrientes fundamentais para esse evento da vida, como ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A e D, entre outros. A alimentação saudável na gestação favorece o bom desenvolvimento fetal e a saúde e o bem-estar da pessoa gestante, além de prevenir o surgimento de agravos, como diabetes

gestacional, hipertensão e ganho de peso excessivo.

Para uma orientação alimentar mais adequada, é essencial que o profissional de saúde esteja atento a aspectos relacionados à vulnerabilidade social e renda, à rede de apoio, à idade das pessoas gestantes e às condições de trabalho da pessoa gestante atendida. Outros fatores que necessitam de atenção no período gestacional são as alterações fisiológicas e sintomatologias que podem influenciar o consumo alimentar nesse evento da vida. São comuns entre pessoas gestantes: náuseas, vômitos e tonturas; azia; plenitude gástrica; constipação intestinal; fraqueza; desmaios; dores físicas, inchaço e alterações bucais. Essas sintomatologias podem variar ao longo dos trimestres da gestação e são passíveis de manejo com orientação alimentar adequada para esse evento da vida. Em casos de alto risco gestacional ou casos mais complexos (como diabetes gestacional e hipertensão arterial), é necessário envolver uma equipe multiprofissional ou equipes da atenção secundária especializada para que o diagnóstico e a escolha da conduta mais adequada sejam realizados na perspectiva de um cuidado integral.

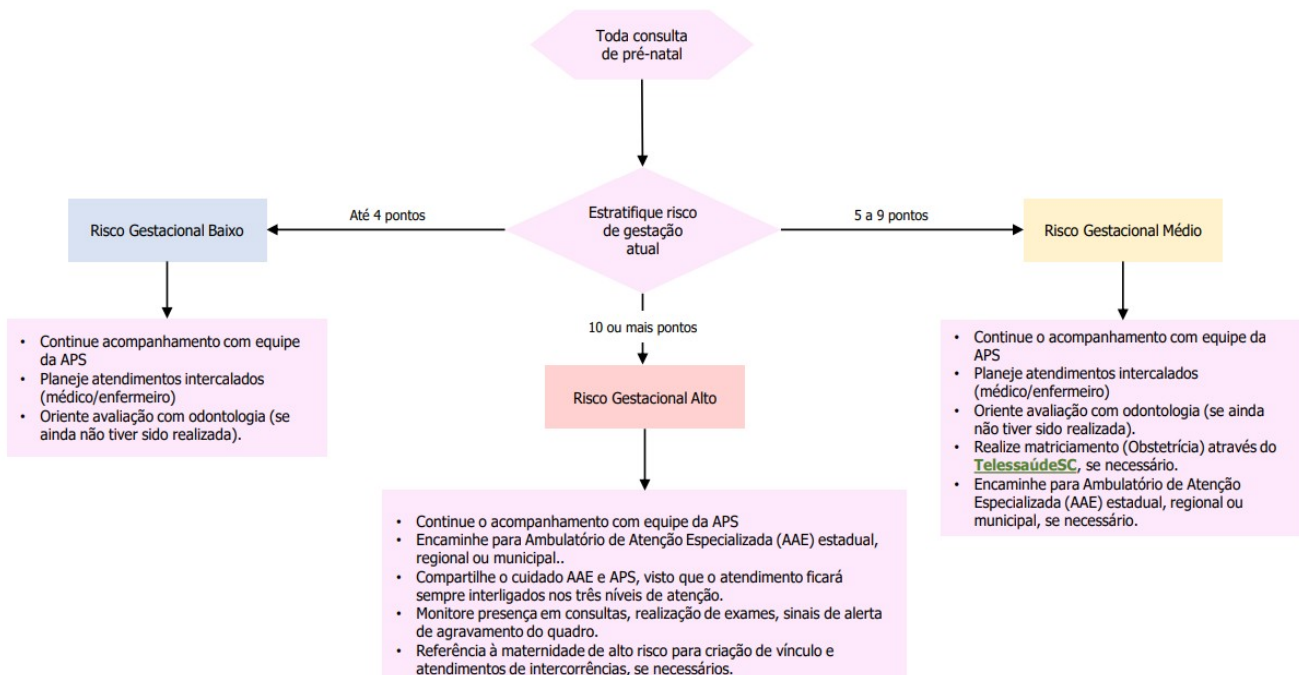
Para apoiar à prática clínica no cuidado individual na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde (2021) propôs o Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Gestantes (BRASIL,2021)

14. EXERCÍCIOS FÍSICOS NA GESTAÇÃO

Os exercícios físicos (EF) apresentam benefícios comprovados na promoção de saúde materno fetal, porém as mulheres, principalmente as que têm comorbidades, acabam reduzindo as atividades físicas ou permanecem sedentárias na gestação, com receio das complicações clínicas e obstétricas. Portanto, há a necessidade de ratificação das vantagens dos EF na melhora da capacidade funcional, na redução da fadiga, na diminuição do risco de depressão, na prevenção do ganho de peso excessivo, no auxílio ao controle dos distúrbios metabólicos e cardiovasculares, como, por exemplo, pré-eclâmpsia, distúrbios hipertensivos e diabetes melito desenvolvidos na gestação. Estes são hoje considerados fatores de risco emergentes ou específicos para o sexo e estão associados ao maior risco de doenças cardiovasculares (DCV).

Mulheres previamente ativas devem manter os EF aeróbicos de forma habitual ou adequar para o tempo de pelo menos 30 minutos, 4 a 5 vezes por semana. As sedentárias podem iniciar, por exemplo, com 15 minutos de EF aeróbicos 3 vezes por semana e aumentar

FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ENCAMINHAMENTOS



gradativamente o tempo até atingir a recomendação de 150 minutos/semana ou 30 minutos

diariamente.

Tabela 1 – Recomendações para a prática de exercícios durante a gravidez: qualidade e força das evidências para atividade física durante a gestação

Indicações	Recomendação	Qualidade das evidências
Todas as mulheres sem contraindicações devem ser fisicamente ativas durante todo o período gestacional (subgrupos a, b, c)	Forte	Moderada
Mulheres previamente inativas	Forte	Moderada
Mulheres com diabetes gestacional	Fraca	Baixa
IMC pré-gestacional ≥ 25 Kg/m ²	Forte	Baixa
Gestantes devem acumular o mínimo de 150 min de exercícios de moderada intensidade/semana, pelo menos 3 dias/semana	Forte	Moderada
Gestantes devem incorporar atividades aeróbicas e de resistência variadas. Exercícios de alongamento e ioga podem ser adicionados	Forte	Alta
Treinamento para "assoalho pélvico" (exercícios de Kegel) diários (reduzir risco de incontinência urinária)	Fraca	Baixa

Modificada de Mottola et al.³

Fonte: Campos et al.. 2021.

15. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

“A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas pessoas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional”, entretanto, vários fatores de risco, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gestação.

A redução da morbimortalidade materno-infantil e ampliação do acesso com qualidade é a meta do acompanhamento na gestação de alto risco, sendo necessário a identificação dos fatores de risco gestacional precocemente.

Realizar o acolhimento, determinando a classificação de risco define a necessidade de cuidado e a densidade tecnológica a serem ofertadas às pessoas gestantes. O profissional médico(a) deve identificar as pessoas gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência. Na ausência do profissional médico(a) ou dificuldade para agendar a consulta, o enfermeiro(a) deve encaminhá-la ao serviço de referência (atendimento com especialista: Obstetra na Clínica da Mulher). Se houver demora significativa para este atendimento, nos casos de intercorrências agudas, que necessitam de avaliação obstétrica imediata, a pessoa gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência hospitalar.

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO: GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Até 4 pontos: BAIXO RISCO (APS)

5 a 9 pontos: MÉDIO RISCO (APS ou Especialista)

10 ou + pontos: ALTO RISCO (APS + PNAR)

1. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	3. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBS TÉTICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	Suspeita ou confirmação de COVID-19 (deve ser acompanhada a evolução de quadro clínico por telemonitoramento e teleconsultas. Os casos graves devem ser imediatamente encaminhados para urgência/hospitais)..... 5
Idade (-) de 15 anos..... 2	Doença Hipertensiva da Gestação/Pré-eclâmpsia 10	4. CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO
Idade (+) de 40 anos..... 2	Diabetes Gestacional não compensada com dieta durante 2 semanas..... 10	Hipertensão Arterial descompensada (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)..... 10
Mulher de raça Negra..... 1	Infecção Urinária de repetição (3x ou +) ou infecção urinária alta 10	Diabetes Mellitus 1 ou 2 (deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico) 10
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)..... 1	Cálculo renal com obstrução..... 10	Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico) (deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)..... 10
Tabagista ativo..... 2	Restrição de crescimento intrauterino..... 10	Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses, depressão grave) (deve ser encaminhada concomitantemente para o Psiquiatra para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)..... 10
Indícios de ocorrência de violência..... 2	Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia 10	Doenças Hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias), antecedentes de tromboembolismo..... 10
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola..... 2	Polidrâmnio/Oligoidrâmnio..... 10	Cardiopatias com repercussão hemodinâmica. (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)..... 10
Baixo Peso no início da gestação (IMC<18)..... 2	Colo curto em USG transv. entre 20 e 24 semanas... 10	Pneumopatia Graves (DPOC, Asma)..... 10
Sobrepeso (25 - 29,9 kg)..... 1	Suspeita de acretismo placentário..... 10	Doenças Auto-imunes (Colagenose)..... 10
Obesidade (IMC>30 - 39,9 kg)..... 4	Placenta prévia com diag. após 28 sem de gest. com ou sem sangramento..... 10	Uso de medicamentos teratogênicos (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico)..... 10
Obesidade grau 3 10	Hepatopatias (exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases)..... 10	Doença Renal Grave..... 10
2. HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento... 10	Hemopatias e Anemia grave (hemoglobina <8g/dl)..... 10
2 Abortos consecutivos ou 3 não consecutivos (nenhuma conduta na gestação atual impedirá novo aborto se a causa não for conhecida. Portanto, a menos que a paciente já tenha sido investigada e uma causa definida, não há como indicar tratamento clínico para evitar nova perda gestacional. Encaminhar para investigação fora do ciclo gravídico e puerperal). 2	Isoimunização Rh 10	Hepatopatias crônicas (Hepatites Virais, Cirrose) (deve ser encaminhada primeiramente para o Gastroenterologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)..... 10
Prematuridade na gestação anterior..... 2	Câncer Materno com diagnóstico ou tratamento durante a gestação..... 10	
(+ de 1 parto prematuro(<36 sem)..... 10	Neoplasias ginecológicas na gestação atual..... 10	
Restrição de crescimento intrauterino na gest. ant..... 2	Alta suspeita clínica de câncer de mama 10	
Natimorto sem causa determinada..... 10	Lesão de alto grau em colo uterino (NIC II-III) 10	
Incompetência Istmo Cervical..... 10	Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal 10	
Isoimunização Rh 5	Gemelaridade..... 10	
Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: (eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI)..... 10	Sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina) 10	
Psicose puerperal na gestação anterior..... 10	Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal) 10	
Transplante..... 5	Hepatites agudas com diagnóstico em gestação atual 10	
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses..... 10	Hanseníase com diagnóstico na gestação atual..... 10	
Acretismo placentário..... 2	AIDS/HIV com diagnóstico na gestação..... 10	
	Tuberculose..... 10	
	Toxoplasmose ou Rubéola ou Citomegalovírus diagnosticados na gestação atual com risco de transmissão fetal 10	
	Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas..... 10	
	Endocrinopatias descompensadas (deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)..... 10	
	Suspeita ou conforção de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)..... 5	

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O avaliação do risco gestacional deve ser realizado a cada consulta e anexada à caderneta da gestante para ser apresentado por ela nos outros pontos de atenção da rede.

A gestante de **baixo risco** (risco habitual) **deve ser acompanhada pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS)** durante toda a assistência ao pré-natal com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a). Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe saúde bucal;

A gestante de **médio risco** (risco intermediário) **deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal** com consultas médicas e de enfermagem e avaliação do especialista (médico obstetra) quando necessário. Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.

A gestante de **alto risco** **deve ser atendida pela equipe de APS e referenciada** para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) estadual, regional ou municipal para acompanhamento por equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros). **O AAE deve compartilhar o cuidado com a equipe de APS** por meio da elaboração e monitoramento do plano de cuidados, monitoramento dos marcadores clínicos de estabilização, vigilância para rápida identificação e intervenção nas intercorrências clínicas e obstétricas, realização e avaliação dos exames especializados, visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes, vinculação à maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento e ações de rotina do pré-natal descritas para todos os estratos de risco.

Observação: Independente do nível de atendimento (baixo, médio e alto) risco, independente da morosidade ou disponibilidade de vagas de qualquer natureza do encaminhamento, a gestante sempre estará sendo assistida na APS, sempre utilizando referência e contra-referência, realizando se necessário o matriciamento no telessaúde/SC.

Até 4 pontos	Baixo Risco (Risco Habitual)
5 a 9 pontos	Médio Risco
10 ou mais pontos	Alto Risco

Tabela 1 - Instrumento de Classificação de Risco Gestacional por pontos

16. ALEITAMENTO MATERNO

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas pessoas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução.

É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre:

- O câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce;
- A composição e a variabilidade da mama normal;
- A importância do aleitamento materno para a criança, para a própria pessoa gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.

INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO

- Durante os atendimentos individuais e atividades coletivas a equipe de saúde deve incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo, informando e esclarecendo a pessoa gestante/família em relação aos benefícios da AM exclusivo até os 6 meses e complementar até os dois anos ou mais.

EXAMES CLÍNICO DAS MAMAS

- O exame clínico das mamas faz parte do exame da mulher e deve ser realizado de rotina ou, pelo menos, uma vez por trimestre na gestação, visto que as alterações mamárias na gestação e a amamentação podem ofuscar o diagnóstico precoce do câncer de mama.
- Na inspeção estática e dinâmica, identifique visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão da circulação venosa.
- Na palpação, utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A AMAMENTAÇÃO

- Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.
- Observar se a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deve ser iniciado ainda no período de gravidez, através de informações.
- Durante o pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo.

17. BUSCA ATIVA DA PESSOA GESTANTE

A busca ativa da pessoa gestante deverá ser realizada, prioritariamente nas seguintes circunstâncias:

- Quando não comparecer à consulta médica, de enfermagem e/ou odontológica;
- Esquema vacinal incompleto;
- Pessoa parceira que não compareceu para a coleta dos testes rápidos ou das sorologias;
- Gestantes que não compareceram para a realização dos exames laboratoriais no Laboratório Municipal;
- Demais situações consideradas de busca ativa.

Todos os profissionais da Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar/técnico de saúde bucal e o agente comunitário de saúde são responsáveis por realizar a busca ativa. Esse procedimento deve ser evoluído no prontuário da pessoa gestante. No município de Brusque foi pactuado entre as secretárias de saúde e a secretária de desenvolvimento social um termo de cooperação visando o trabalho conjunto de ambas as secretárias para a realização dessa busca ativa em anexo para consulta (ANEXO N).

1º Realizar contato telefônico para saber o motivo da ausência, caso o contato não seja possível, ou a ausência continue nas consultas/exames.

Deve-se:

2º Visita domiciliar do agente de saúde, relatório da visita deve ser repassado ao enfermeiro que por sua vez, caso constante alguma situação de perigo/vulnerabilidade ou a persistência da pessoa gestante ausente nas consultas/exames.

Precisa:

3º Enfermeiro ou técnico de enfermagem realizar visita domiciliar.

Após as 3 tentativas acima: enviar um relatório com as datas dos contatos e descrição da situação visualizada nas visitas para o e-mail

18. ATIVIDADES EDUCATIVAS

É imprescindível no atendimento pré-natal a realização de ações educativas. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

O profissional de saúde tem um papel fundamental na educação e saúde, socializando conhecimentos e experiência no âmbito coletivo ou individual sobre o ciclo grávido puerperal, preparando a mulher e o homem para o parto e exercício da maternidade e paternidade, proporcionando um espaço para as mulheres expressarem seus sentimentos, tabus e medos. Em nível coletivo, isto pode ser feito por meio de grupo de pessoas gestantes e casais grávidos, atividades em sala de espera ou em escolas. A programação deve ser feita em conjunto com os participantes, devendo ser flexível com as necessidades desta clientela.

A Rede Cegonha preconiza que todas as pessoas gestantes participem de quatro (04) Atividades Educativas além de uma Visita na Maternidade de Referência, sendo estes dados considerados como indicadores do acompanhamento de Pré-natal.

Muitas estratégias podem ser adotadas para realizar atividades educativas com pessoas gestantes:

São exemplos de tais estratégias:

Atividades Educativas na Sala de Espera: Propiciam o esclarecimento de dúvidas e o afastamento de medos que surgem no cotidiano em relação ao processo de gestar, parir e amamentar; oportunizam troca de conhecimentos e aquisição de novos saberes, estabelecimento de novas amizades, conhecimento dos membros da equipe de saúde, expressão de sentimentos e dúvidas e diminuição da ociosidade e ansiedade oriundas ao longo tempo de espera para participar da consulta (ZAMPIERI, 2007).

Encontro – Grupo de Gestantes e ou Casais Grávidos: O grupo de pessoas gestantes e ou casais grávidos possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre os participantes e os profissionais de saúde (MS 2006).

Visitas na Maternidade de Referência: Com a implantação da Rede Cegonha preconiza-se uma integração das pessoas gestantes com o ambiente hospitalar a partir de visitas à maternidade, antes do trabalho de parto. O objetivo é integrar os níveis de atenção hospitalar e garantir a vinculação da pessoa gestante no serviço que atenderá ao parto, com o acolhimento imediato da pessoa gestante, evitando a peregrinação em busca de assistência.

É importante que em toda ação planejada para as pessoas gestantes sejam valorizados os seus conhecimentos, sua realidade, seus saberes, suas necessidades e suas experiências prévias.

Recomenda-se que devem ser evitadas as palestras com metodologias tradicionais, estimular espaços para a troca de informações, experiências e expressão de sentimentos.

18.1 Sugestões de temas para grupos de pessoas gestantes

TEMAS
• Levantamentos de temas pertinentes para as pessoas gestantes baseados na realidade local;
• Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê;
• Alimentação;
• Amamentação;
• Ambiente adequado para o bebê;
• Aspectos emocionais;
• Atividade física;
• Autocuidado e autoestima;
• Cuidados com RN;
• Alterações psicológicas da gestação, parto e puerpério;
• Direitos trabalhistas na gestação;
• Eliminações vesical, intestinal, vaginal;
• Evolução do feto;
• Exames realizados no período pré-natal;
• Gestação atual, experiências anteriores e expectativas;
• Gestação de risco;
• Gravidez na adolescência;
• Gestante vítima de violência;
• Importância da Consultas Puerperais;
• Importância e adesão ao pré-natal;
• Imunização;
• Maneiras facilitadoras para realização do parto;
• Mudança fisiológica do corpo;
• Planejamento familiar;
• Risco para saúde do bebê e família (tabagismo, alcoolismo e outras drogas);
• Saúde bucal;
• Sexualidade;
• Sinais e trabalho de parto;
• Tipos de parto e trabalhar mitos e tabus sobre gestação na família.
• Sintomas digestivos na gestação (azia, Sialorreia ou Ptalismo, pirose, hiperemese, náuseas, constipação)
• Alimentação da pessoa gestante no Pré-Natal e Puerpério
• Introdução Alimentar na infância a partir do 6º mês.
• Higienização e cuidado dos Alimentos
• Violência obstétrica

19. VISITA À MATERNIDADE

A pessoa gestante tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, conforme a Lei nº 11.634 de 27.12.2007. No município de Brusque para a realização da visita à Maternidade, o agendamento deve ser feito via sistema de regulação (SISREG), na unidade de saúde de referência da pessoa gestante. Vale lembrar, que não é necessária a solicitação do médico e/ou enfermeiro, somente o interesse da pessoa gestante. É direito da pessoa gestante levar uma acompanhante de escolha.

20. DIREITOS SOCIAIS DA PESSOA GESTANTE

A GESTAÇÃO NO ÂMBITO DO TRABALHO, DIREITOS SOCIAIS E TRABALHISTAS.

DIREITO À SAÚDE
Toda pessoa gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS
<ul style="list-style-type: none">• Carteira de pessoa gestante devidamente preenchida: a pessoa gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados.
<ul style="list-style-type: none">• Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação.
<ul style="list-style-type: none">• Realização gratuita de testes do RN (pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho, linguinha) em todos os hospitais e maternidades ou de acordo com os protocolos municipais.
<ul style="list-style-type: none">• Direito a um acompanhante, de escolha, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005).
<ul style="list-style-type: none">• LEI DA VINCULAÇÃO PARA O PARTO • A Lei Federal nº 11.340/2007 garante à pessoa gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto

DIREITOS SOCIAIS
<ul style="list-style-type: none">• Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.
<ul style="list-style-type: none">• Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
<ul style="list-style-type: none">• As pessoas gestantes estudantes têm o direito - de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo esse período ser prolongado, de acordo com indicação médica. Orientar as pessoas gestantes que estão estudando quanto a esse direito é fundamental para evitar a evasão escolar (Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975).
<ul style="list-style-type: none">• Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.
<ul style="list-style-type: none">• A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.

DIREITOS TRABALHISTAS
<ul style="list-style-type: none">• Estabilidade no emprego: toda empregada pessoa gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.
<ul style="list-style-type: none">• Licença e salário-maternidade:<ul style="list-style-type: none">• - a pessoa gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art.392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a pessoa gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.- o salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras, avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial.- o benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes.- nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido.- em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias de acordo com a prescrição médica.
<ul style="list-style-type: none">• Funções exercidas pela pessoa gestante:

- - Durante a gravidez, a pessoa gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir – assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade-, devendo a pessoa gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE

- Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.
- Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um.
- Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.

DIREITOS DO PAI

- O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê.
- O pai tem direito a participar do pré-natal.
- O pai tem direito a acompanhar a pessoa gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

21. CONDUTAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A observação cuidadosa no pré-natal, as perguntas corretas e uma escuta qualificada podem ajudar a identificar casos de violência e trabalhar formas de enfrentamento e fortalecimento da mulher, para que ela possa reagir positivamente em sua autodefesa e na proteção do bebê.

A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria quando a mulher se encontra grávida, pois traz consequências significativas para a saúde do binômio mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal, conforme estudos revelados pela OMS no “Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde”.

Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, pois existe um risco duas vezes maior de que elas sejam estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas.

Há indicadores de que grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início.

No entanto, a assistência pré-natal é momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo.

As representações da violência que acometem também as mulheres em seu período gestacional podem ocasionar diversos transtornos à saúde, entre eles: as dores crônicas, as infecções urinárias recorrentes, os transtornos de comportamento, as depressões e as tendências ao suicídio.

Todas as mulheres em situações concretas de violência ou vulneráveis a ela devem ser orientadas (pelos serviços que as atenderem) a denunciar seus agressores diretamente à autoridade policial.

Para os casos de violência contra a pessoa gestante adolescente, o serviço de saúde deverá acionar imediatamente os conselhos tutelares da localidade.

A notificação da violência é compulsória para todos os serviços de saúde, devendo ser preenchida a ficha de notificação, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação e à orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pós-aborto para, inclusive, evitar abortos repetidos.

20.1 Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual

Existem ainda os casos de gestação decorrentes de violência sexual. A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

Os fluxos de encaminhamentos e acompanhamentos de qualquer pessoa gestante deve seguir o protocolo municipal, tendo como referência o SAVS – Serviço de Atenção Integral as Pessoas em Situação de Violência Sexual.

22. PREPARO PARA O PARTO

O plano de parto é um documento feito pela grávida e recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que inclui as preferências da mulher em relação ao seu processo de parto, procedimentos médicos de rotina e cuidados com o recém-nascido e que tem por objetivo personalizar o momento do parto e mantê-los o mais informados possível acerca dos procedimentos que serão realizados.

Esse documento serve para atender às preferências da mãe em relação a todo o processo de parto, incluindo a execução de alguns procedimentos médicos, desde que sejam baseadas em informações cientificamente comprovadas e atualizadas.

No plano de parto, a grávida pode mencionar:

- Condições do ambiente em que vai ser realizado o parto, como iluminação, música, entre outros;
- Acompanhantes que deseja que estejam presentes;
- Se aceita ou não a presença de estudantes e estagiários na sala de parto;
- Intervenções médicas que deseja ou não fazer, episiotomia, remoção de pelos pubianos ou manejo ativo da placenta;
- Tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir;
- Se deseja a realização de uma ruptura artificial da bolsa amniótica;
- Posição de parto;
- Quando deseja começar a amamentar;
- Quando clampear e cortar o cordão umbilical.

Para elaborar o plano de parto, pode-se recorrer a um modelo de plano de parto fornecido por um profissional de saúde (e que pode ser encontrado na internet) ou a grávida pode optar por escrever o próprio plano de forma personalizada. O plano de parto deve ser impresso em duas vias: uma que deve ser entregue para a equipe do hospital no momento do parto e outra que deve ficar com o/a acompanhante da pessoa gestante, para que possa consultar sempre que surgir alguma dúvida sobre as escolhas da mulher.

Segue uma sugestão de plano parto que podem ser discutidas com os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal e, após finalizado o plano de parto, ambos devem assinar:



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - SANTA TEREZINHA

PLANO DE PARTO

Realizado em: / /

NOME

ACOMPANHANTE

PARENTESCO

NOME BEBÊ

ACOMPANHAMENTO

UBS

VISITA

MATERNIDADE

SIM

NÃO

EXAMES

STREPTOCOCOS B

SIM

NÃO

SUS OFERECE O PARTO NORMAL. A CESÁREA SERÁ REALIZADA SOMENTE QUANDO INDICADA PELO PROFISSIONAL

PLANEJAMENTO

ACOMPANHANTE

PERMANECER TODO O TEMPO: SIM NÃO

CORTAR CORDÃO UMBILICAL

SIM NÃO

GOSTARIA

MUSICOTERAPIA: SIM NÃO

AROMATERAPIA: SIM NÃO

LUZ: BAIXA NORMAL

VONTADES

ME MOVIMENTAR: SIM NÃO

USAR BOLA PILATES: SIM NÃO

BANHO QUENTE: SIM NÃO

ALIMENTAÇÃO

JEJUM

PADRÃO HOSPITAL

VEGETARIANA

VEGANA

MASSAGEM

SIM

NÃO

MASSAGEM DEVERÁ SER FEITO PELO ACOMPANHANTE

DOULA

TENHO: SIM NÃO CASO TENHA ACOMPANHAMENTO DE DOULA A MESMA DEVE SER CADASTRADA NO HOSPITAL.

POSIÇÃO

DE CÓCORAS APOIO NO ACOMPANHANTE SENTADA NA BOLA DE 4 APOIOS DEITADA

AMAMENTAÇÃO

SIM NÃO

CONTATO PELE A PELE

SIM NÃO

ÁRVORE DA VIDA

SIM NÃO

MEDICAÇÃO PARA DOR

SIM NÃO

FOTOGRAFIA

SIM NÃO

O ACOMPANHANTE DEVERÁ TRAZER O SEU EQUIPAMENTO PARA TIRAR FOTOS.

GOSTARIA MAIS DE :

Em situações de urgência/emergência obstétrica o plano de parto poderá não ser executado com o objetivo de assegurar atendimento seguro ao binômio materno-fetal.

ASSINATURA DA GESTANTE

ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS: BRUNO COSTA FORTUNATO, GUILHERME JOSÉ ROSA, JOHNSTON ANDREW THOMPSON LEMER E RODRIGO MATEUS ROTAVA DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRUSQUE - UNIFEBS NO ÂMBITO DA CURRICULARIZAÇÃO NA DISCIPLINA DE INTERAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE (IESC) SOB ORIENTAÇÃO DAS PROFESSORAS ENFERMEIRA FERNANDA OLIVEIRA E ENFERMEIRA ANA PAULA BUCHELE

23.REFERÊNCIAS

ALKMIM, B. F. et al. *Suplementação vitamínica durante a gestação: revisão sistemática*. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 13125-13142, 2023. DOI: 10.34119/bjh-rv6n3-369.

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

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fascículo 3: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Fascículo 3: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas gestantes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, M. D. S. B. et al. *Position statement on exercise during pregnancy and the postpartum period – 2021*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 117, n. 1, p. 160-180, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210408.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer Normativo COFEN nº 001/2013. Competência do enfermeiro para realizar teste rápido para detecção de HIV, sífilis e outros agravos. Brasília: COFEN, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 656, de 15 de junho de 2020. Dispõe sobre a prescrição dietética, pelo nutricionista, de suplementos alimentares. Brasília: CFN, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 731, de 2022. Altera as Resoluções CFN nº 656/2020 sobre prescrição dietética de suplementos alimentares e fitoterápicos. Brasília: CFN, 2022.

COSTA, H. P. F. *Prevenção da doença perinatal por estreptococos do grupo B*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos*. São Paulo: FEBRASGO, 2017.

FIOCRUZ. *Alimentação na gravidez: nutricionistas orientam sobre hábitos saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>. Acesso em: 12 jun. 2024.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE BRUSQUE. *Interação em Saúde na Comunidade I, II, III e IV: caderno do preceptor*. Brusque: UNIFEBE, 2025.

NICOLOTTI, Célia Adriana et al. *Guia do pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Política Nacional de Humanização (PNH)***. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

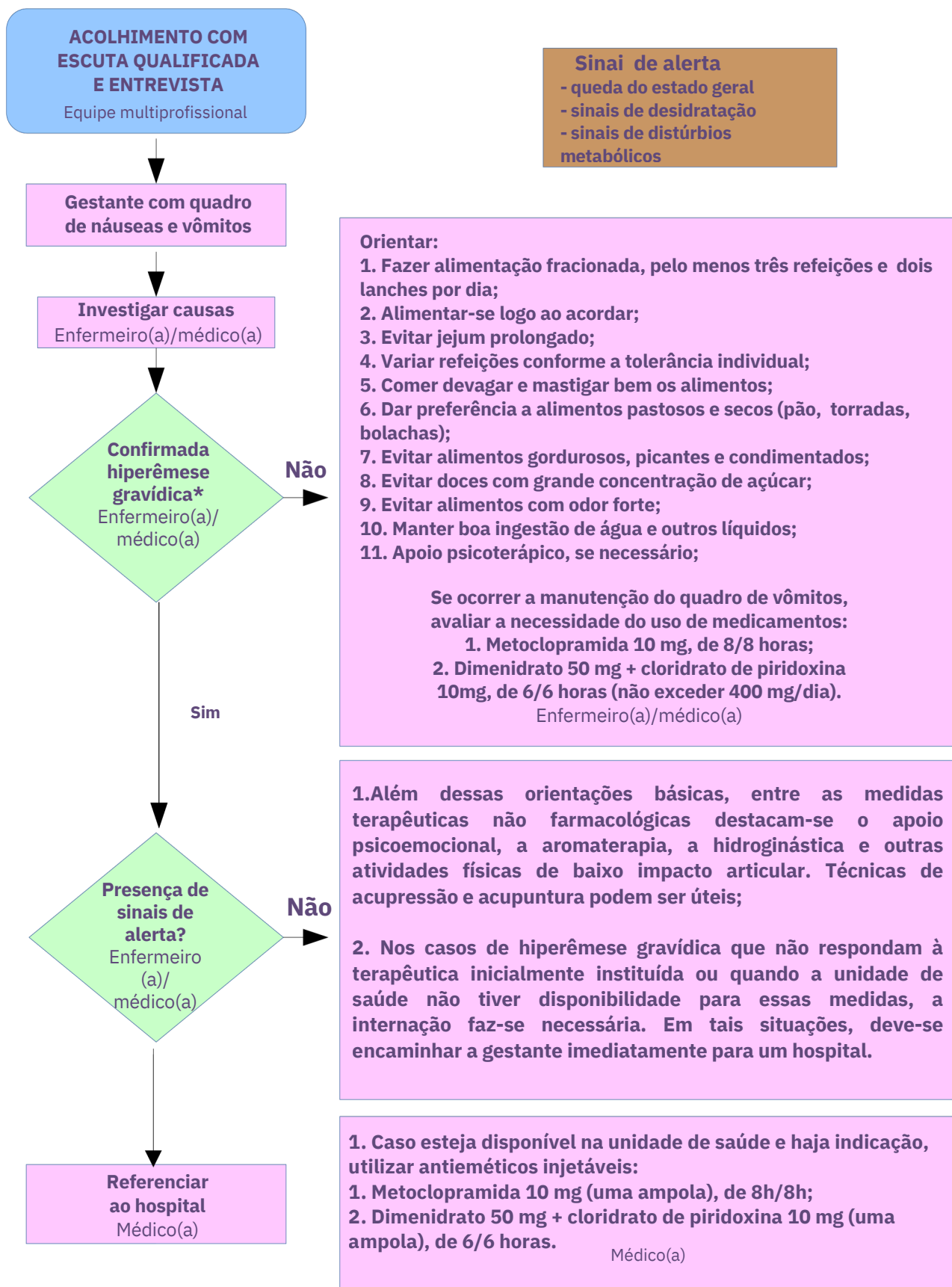
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ***Relatório mundial sobre violência e saúde***. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: [Portal Fiocruz – Relatório mundial sobre violência e saúde](#). Acesso em: 15 maio 2026.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. ***Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: avaliação de uma estratégia de educação em saúde***. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 107-114, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. ***Manual de gestão de alto risco***. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

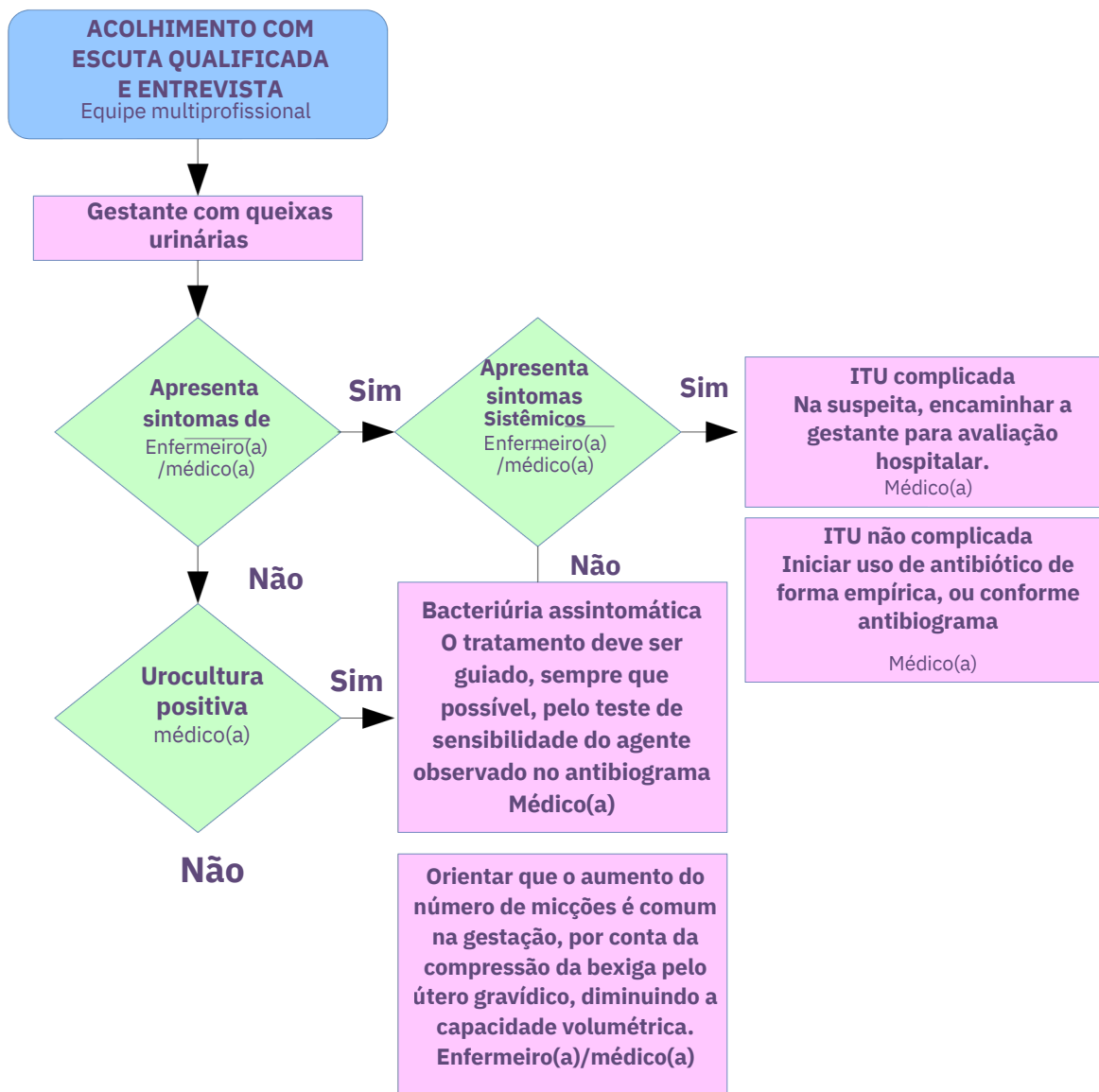
ANEXO A

Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos



* Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

ANEXO B -Fluxograma 3 - O que fazer nas queixas urinárias



Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- ☐ Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 5 dias (evitar após a 37^a semana de gestação);
- ☐ Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 dias;
- ☐ Fosfomicina 3 g Dose única

Tratar conforme antibiograma
Médico(a)

- ☐ Recomenda-se novo exame de urocultura, como controle de cura, após duas semanas do tratamento
- ☐ Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- ☐ A detecção de novo caso de BA favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto, utilizando-se a nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250- 500 mg diários). Alguns recomendam não utilizar nitrofurantoína após 37 semanas pelo maior risco de icterícia neonatal.

(Anexo 1) Sintomas de infecção do trato urinário

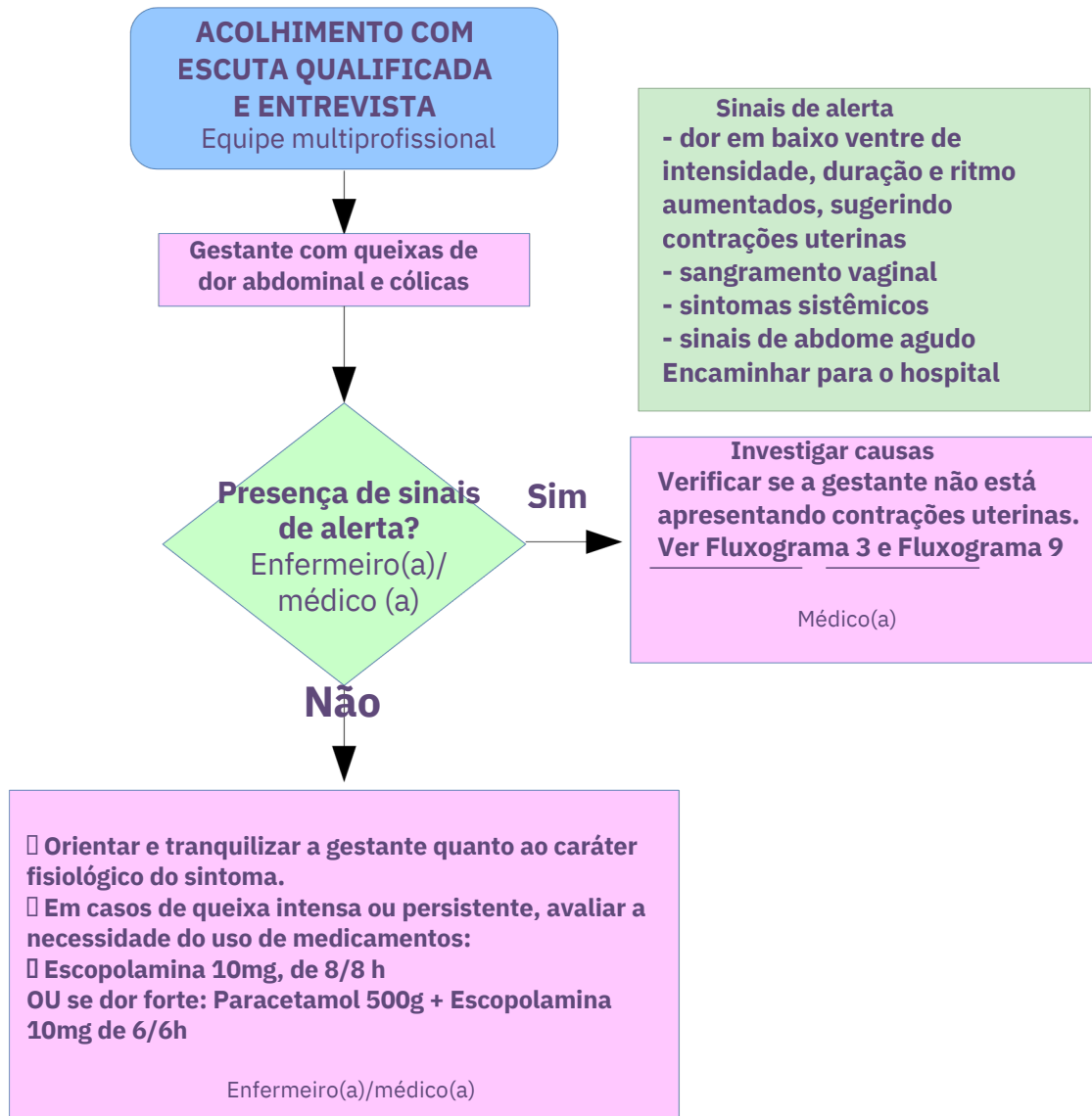
- (ITU):**
- ☐ dor ao urinar;
 - ☐ dor suprapúbica;
 - ☐ urgência miccional;
 - ☐ aumento da frequência urinária;
 - ☐ nictúria;
 - ☐ estrangúria;
 - ☐ presença de sangramento visível na urina.

Sintomas sistêmicos:

- ☐ febre;
- ☐ taquicardia;
- ☐ calafrios;
- ☐ náuseas;
- ☐ vômitos;
- ☐ dor lombar, com sinal de giordano positivo;
- ☐ dor abdominal.

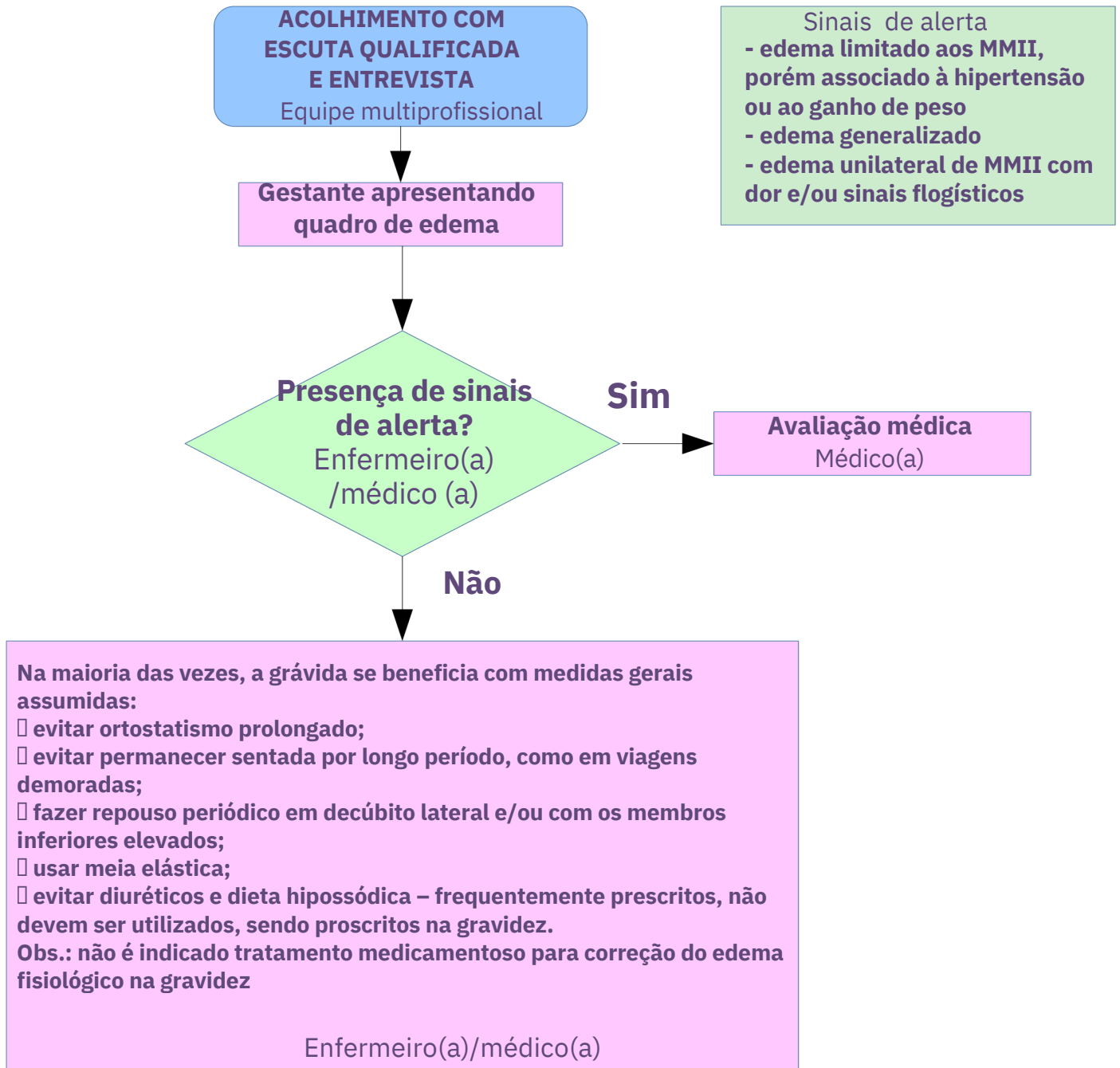
ANEXO C

Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas



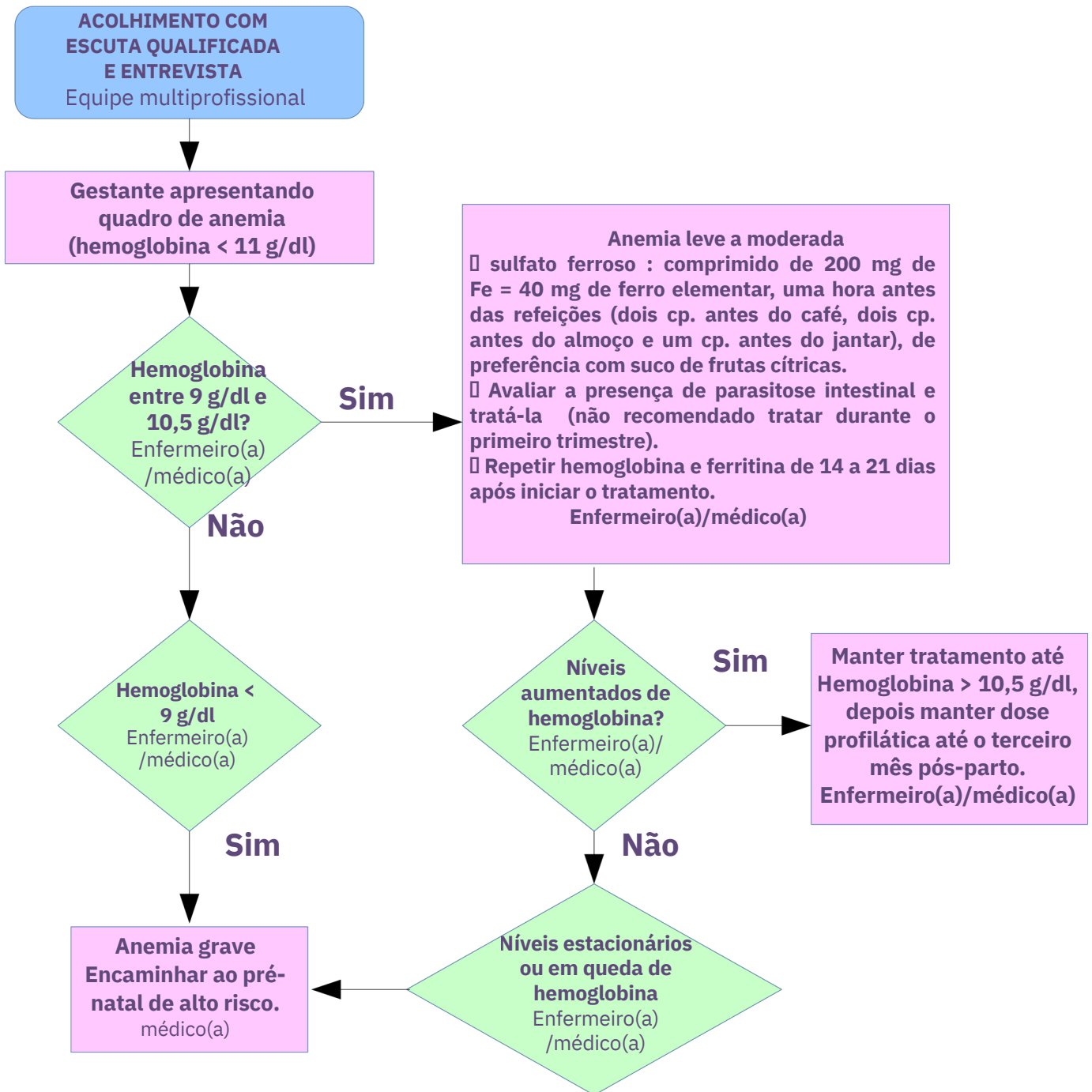
ANEXO D

Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema



ANEXO E

Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional



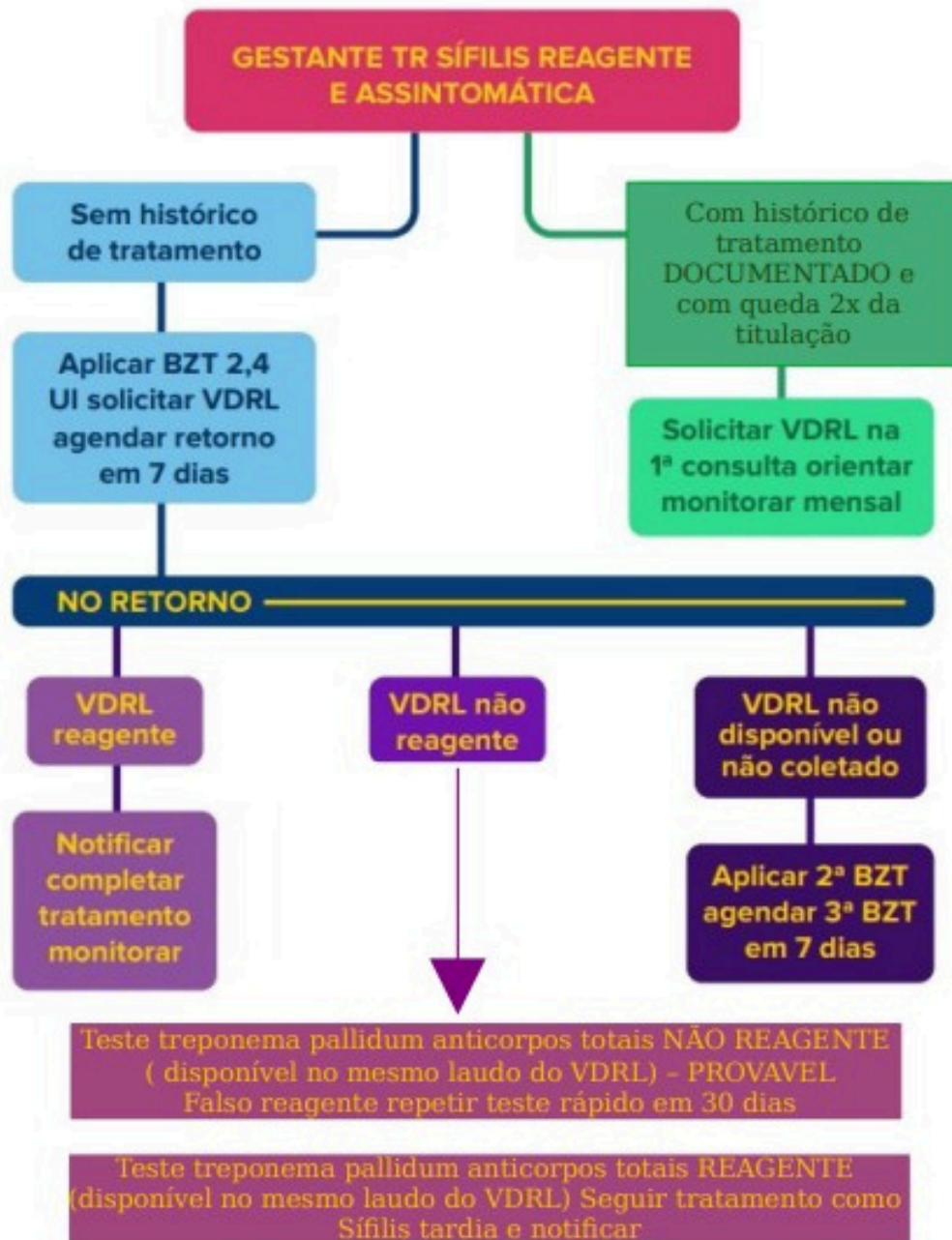
A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

Para gestantes com níveis de hemoglobina inferiores a 9,0 g/dL e idade gestacional ≥ 14 semanas o tratamento com ferro endovenoso é preferível

- Sulfato ferroso: um comprimido de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar uma hora antes das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- Tratamento: quatro a seis comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

Enfermeiro(a)/médico(a)

ANEXO F- Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis



»»As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis e sem comprovação de tratamento prévio deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até que se prove o contrário. Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta;

#Devendo-se aplicar a 1ª Dose de BZT (2,4 UI) e prescrever as duas doses seguidas, no retorno em 7 dias reavaliar conforme fluxograma se suspende ou completa o tratamento.

#A(s) parceria(s) sexual(is) deve(m) ser testada(s) e tratada(s) presuntivamente como sífilis adquirida, para que haja interrupção da cadeia de transmissão.

#Coleta de VDRL, com objetivo de monitorar a resposta ao tratamento.

Gestante: mensal até o parto. Após, trimestral até completar 12 meses de acompanhamento.

Parceiro(a): trimestral até completar 12 meses de acompanhamento.

Conforme protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissível PCDT 2022, lâmina 3 Investigação para diagnóstico de sífilis após teste rápido reagente

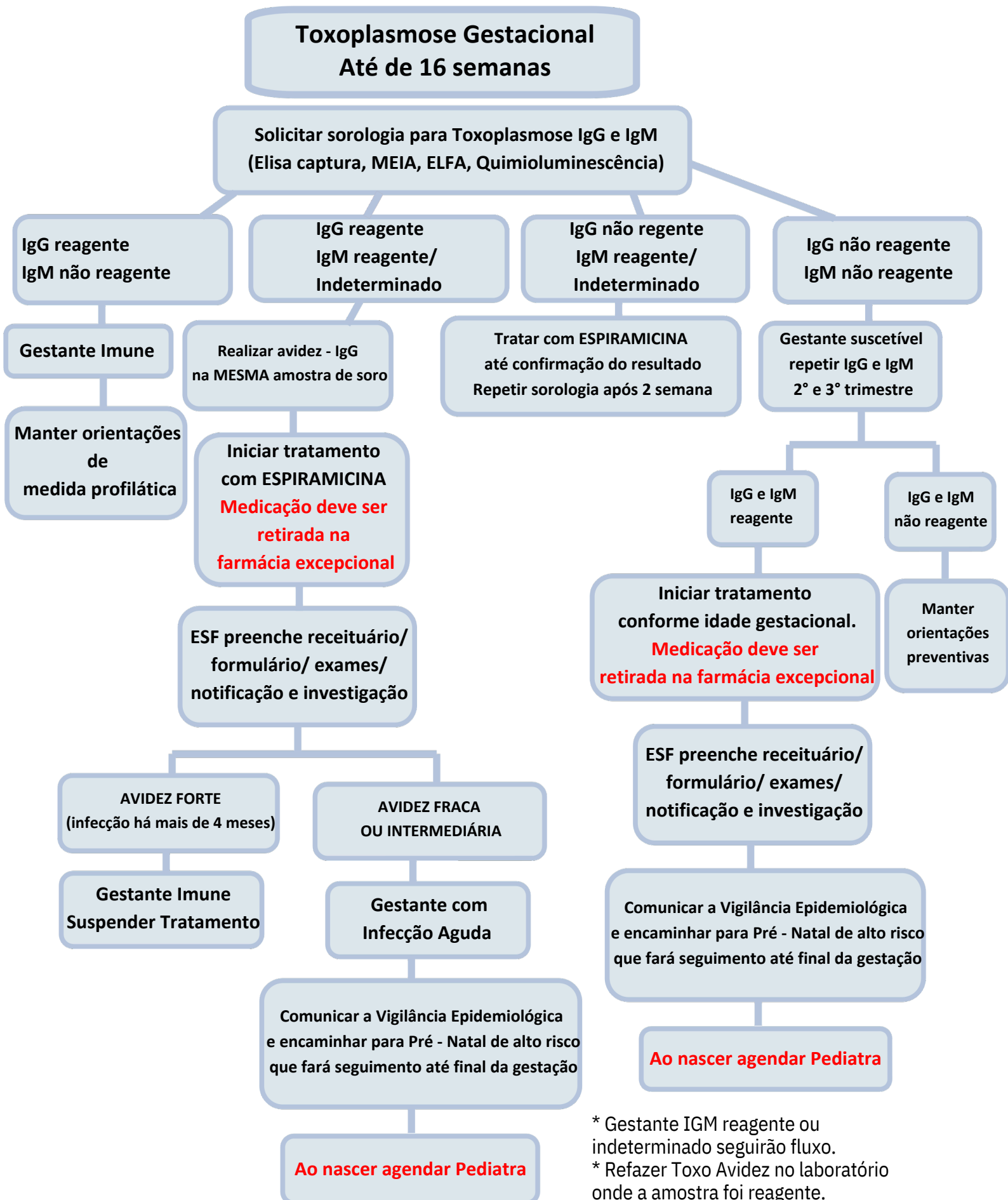
ANEXO G

Fluxograma 8– O que fazer nos quadros de toxoplasmose

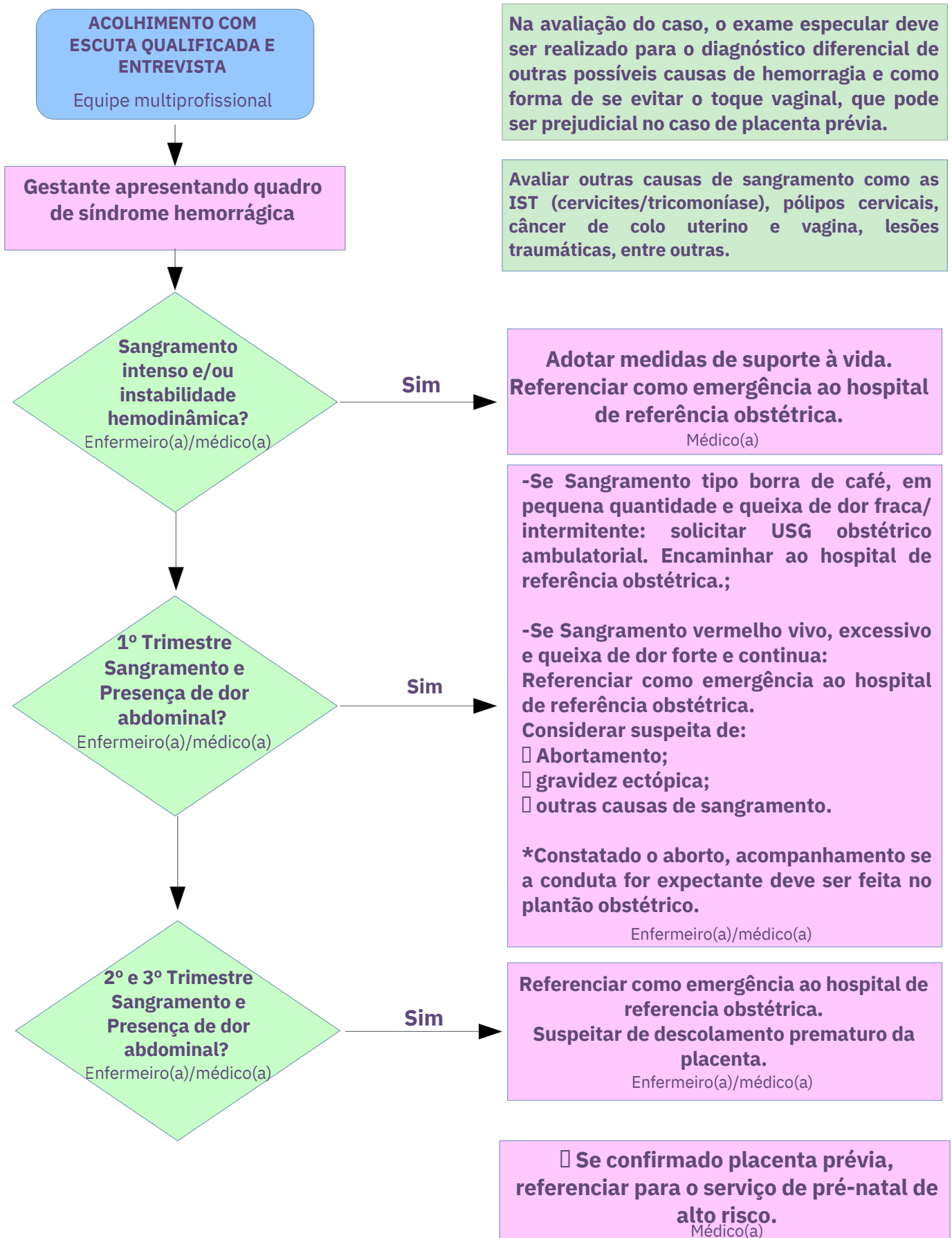


ANEXO G

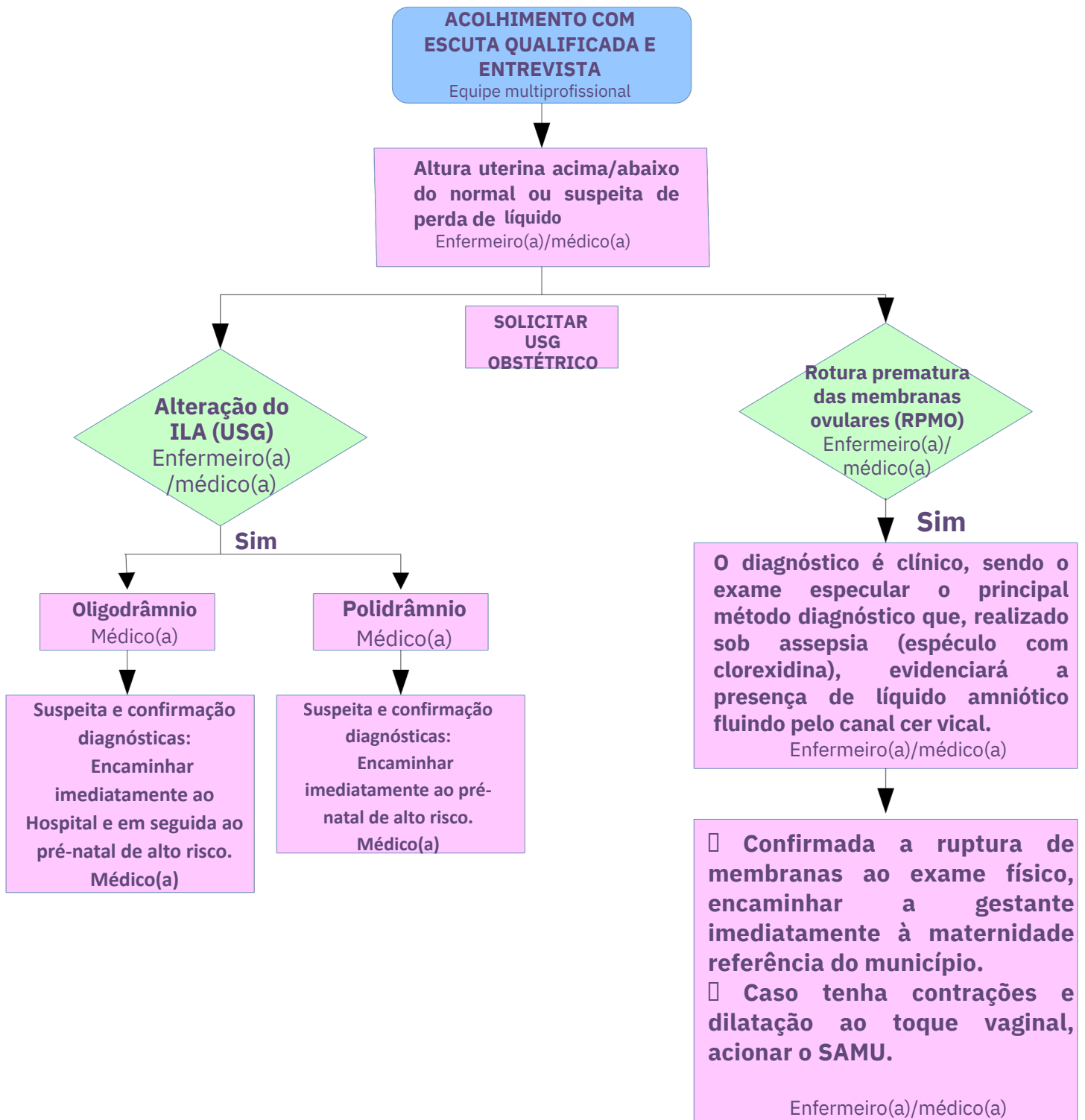
Fluxograma 8- O que fazer nos quadros de toxoplasmose



ANEXO H- Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas

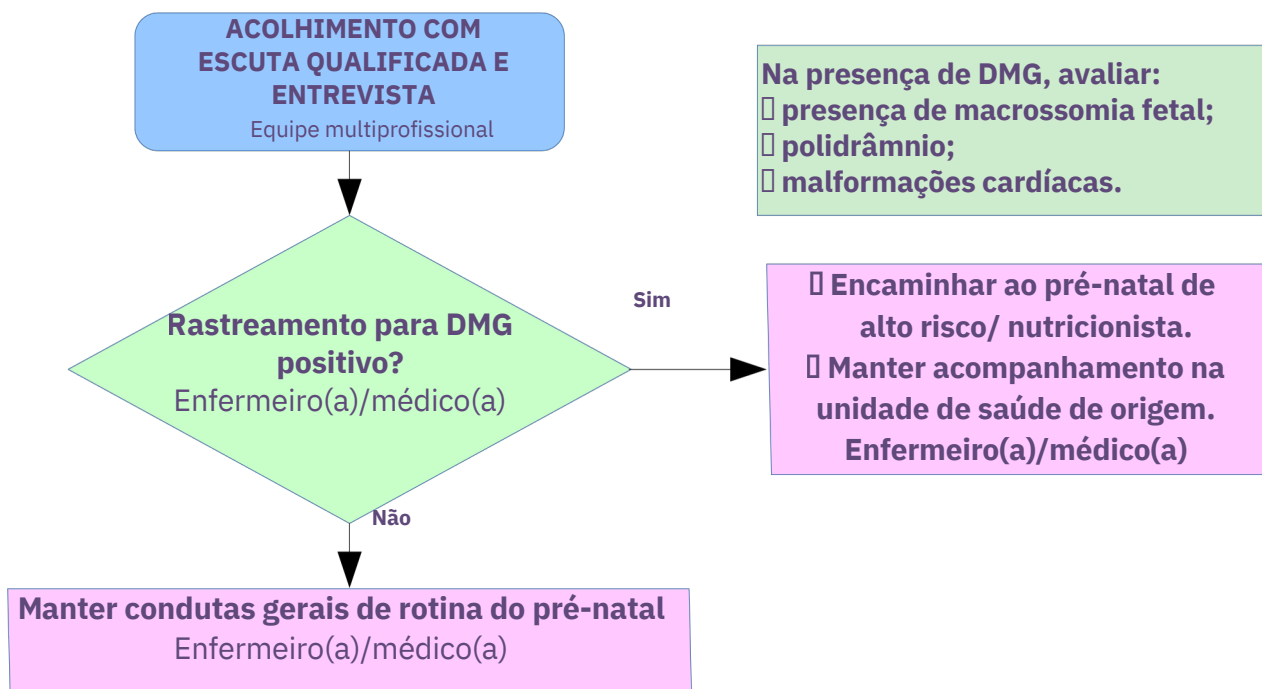


ANEXO I- Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico



- No diagnóstico diferencial da RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo. □Ao exame especular a presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, com ou sem a manobra de Valsava, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica.
- Na RPMO, embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, a presença de oligodrâmnio.
- Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal desnecessários, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

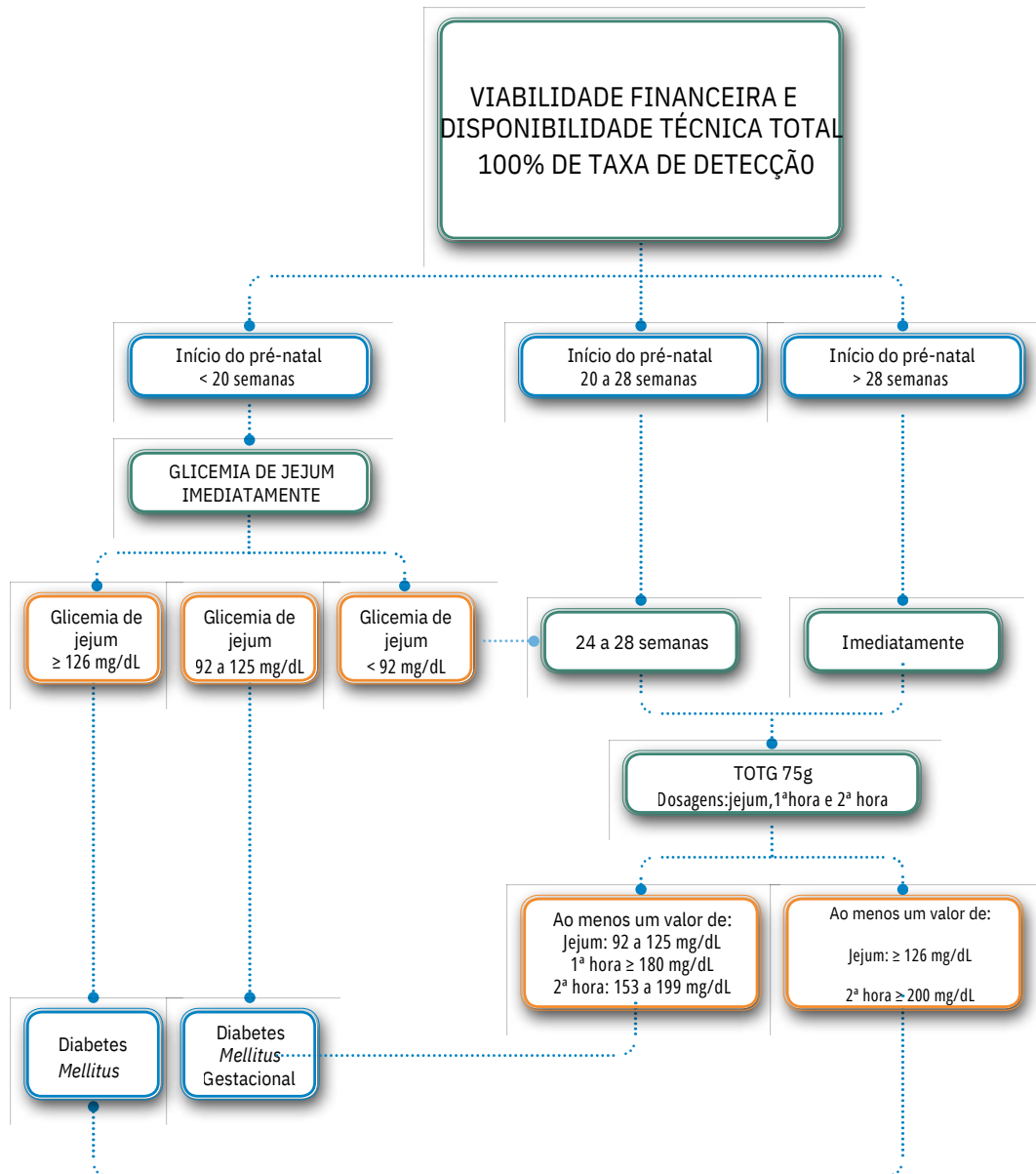
ANEXO J - Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)



Recomendações:

- Adequação nutricional e prática de exercício constituem o primeiro passo do tratamento clínico. Cerca de 70% das mulheres com diagnóstico de DMG conseguirão controlar os seus níveis glicêmicos com essas medidas.
- As gestantes devem ser encorajadas a continuar ou a iniciar a prática de exercício na gestação, se não houver contraindicações para isso. Recomenda-se a caminhada orientada – de intensidade moderada, 5 ou mais dias na semana, por 30 a 40 minutos.
- A insulina se destaca como primeira escolha entre as medidas farmacológicas no controle da hiperglicemia na gestação. A associação de insulina está indicada sempre que as medidas não farmacológicas (adequação nutricional e exercício) não forem suficientes para atingir as metas do controle glicêmico materno (30% ou mais dos valores glicêmicos alterados).
- A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, mais especificamente nos casos de DMG os ajustes de doses de insulina são baseados nas medidas de glicemia.
- O controle da glicemia materna tem como meta alcançar e manter níveis: de normoglicemia:
 - Jejum <95 mg/dL
 - Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
 - Duas horas pós-prandial <120 mg/dL
- Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.

Figura 2 . Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total



ANEXO K- Fluxograma 12 - O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia

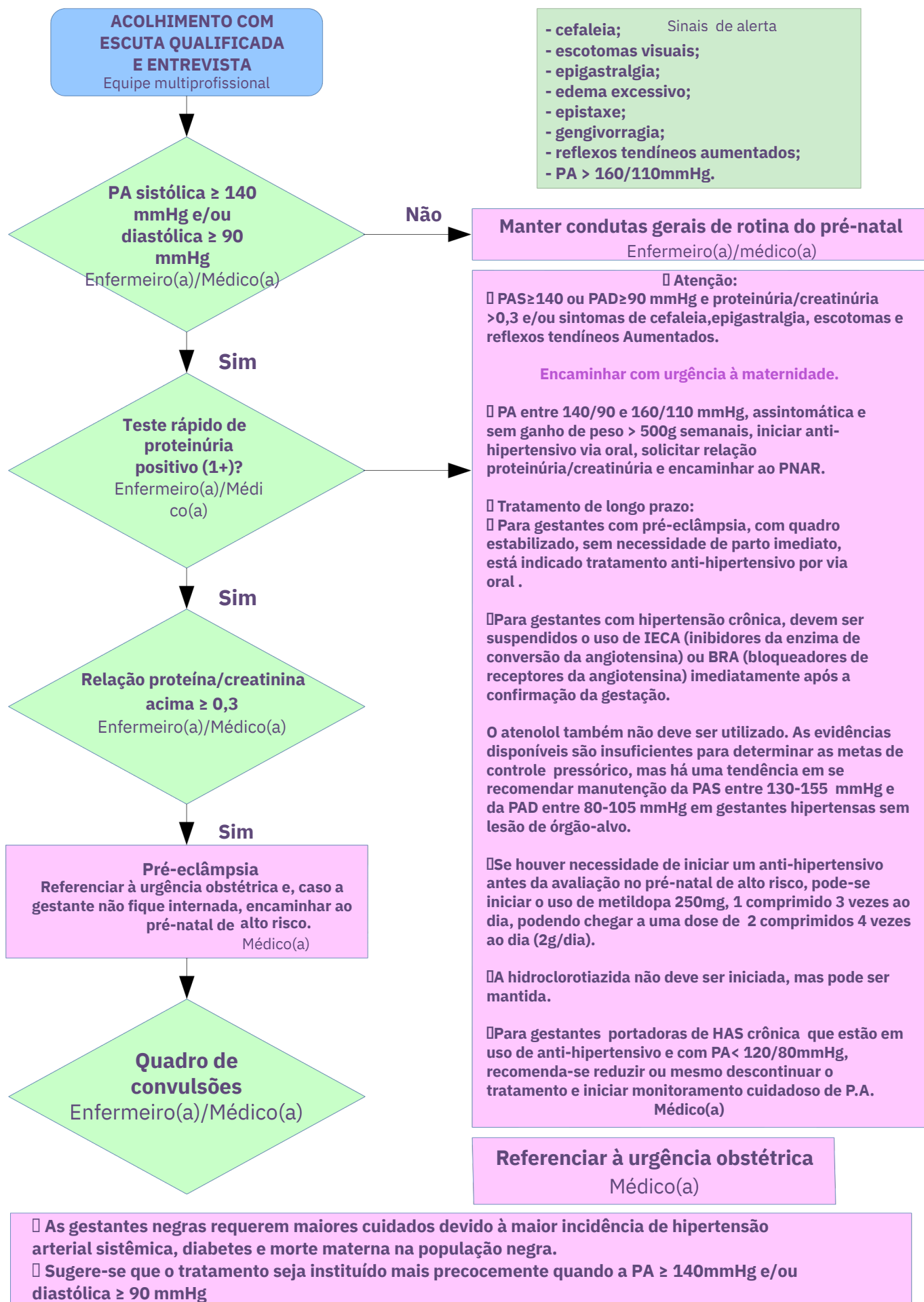
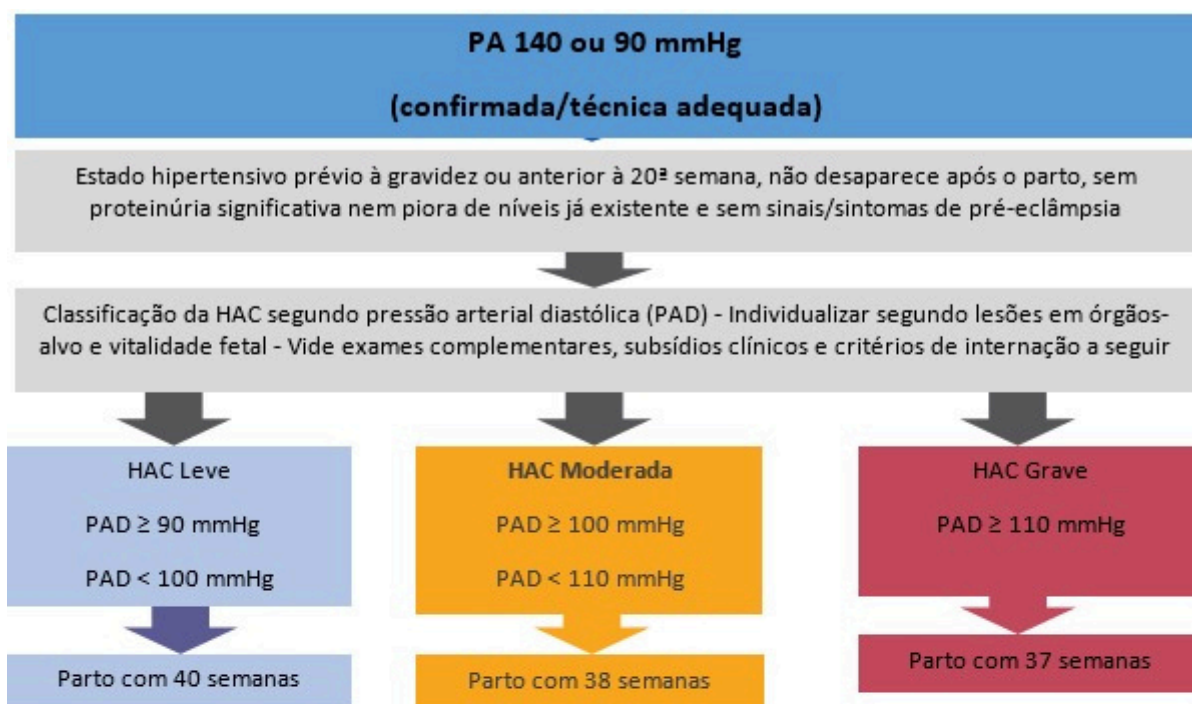


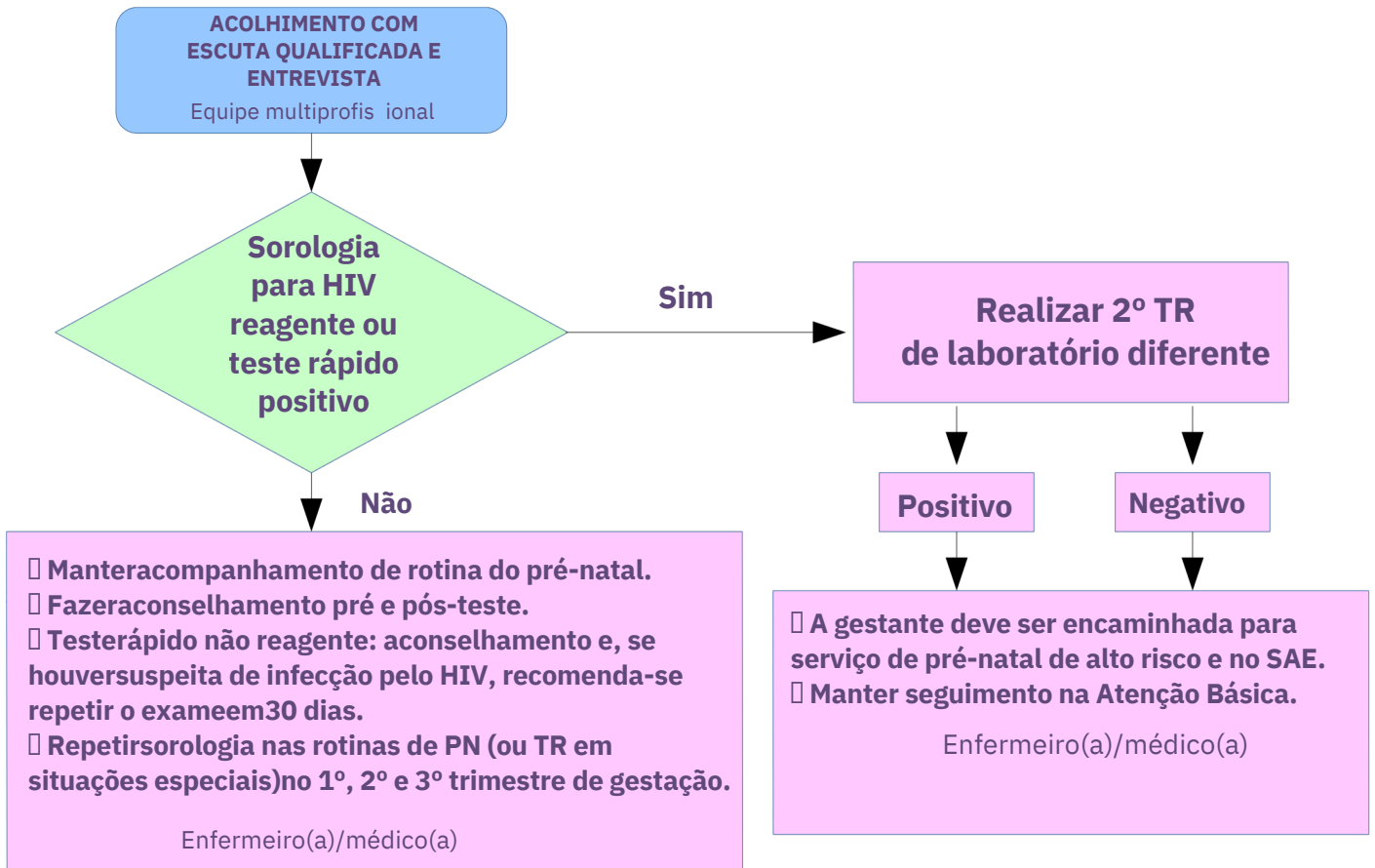
Figura 1 – Modelo de fluxograma assistencial



Subsídios para avaliação clínica:	
<ul style="list-style-type: none"> – É de etiologia secundária? Considerar internação se necessitar de avaliação complementar – É uma urgência/emergência hipertensiva? 	
Avaliações complementares	Crítérios de internação
<ul style="list-style-type: none"> – Suspeita de PE sobreposta (TGO / creatinina / plaquetas) – Suspeita de HELLP (TGO-TGP /plaquetas / DHL / bilirrubinas) – HAC de longa data (raio-X tórax/ecocardiograma/ECG) – Se creatinina ≥ 1,2 mg/dL ou suspeita de injúria renal: (sódio / potássio / ureia / ácido úrico / clearance de creatinina / USG de rins e vias urinárias / proteinúria de 24h) – Perfil biofísico fetal / CTB / USG obstétrica / dopplervelocimetria 	<ul style="list-style-type: none"> – PAD ≥ 110 mmHg – Diagnóstico de PE sobreposta – Emergência hipertensiva – HAC 2ª descompensada – Controle inadequado da PA – Vitalidade fetal comprometida

Fonte: extraído de KORKES *et al.*, 2018.

ANEXO L- Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV



□ O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2):

Se faz o primeiro TR se positivo, realiza-se outro TR de laboratório diferente do primeiro e então se dar o seguimento.

□ Eventualmente, podem ocorrer resultados falso positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.

□ Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e atentar para

a prevenção de transmissão vertical.

□ O TR se destina a todas as gestantes.

□ As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar.

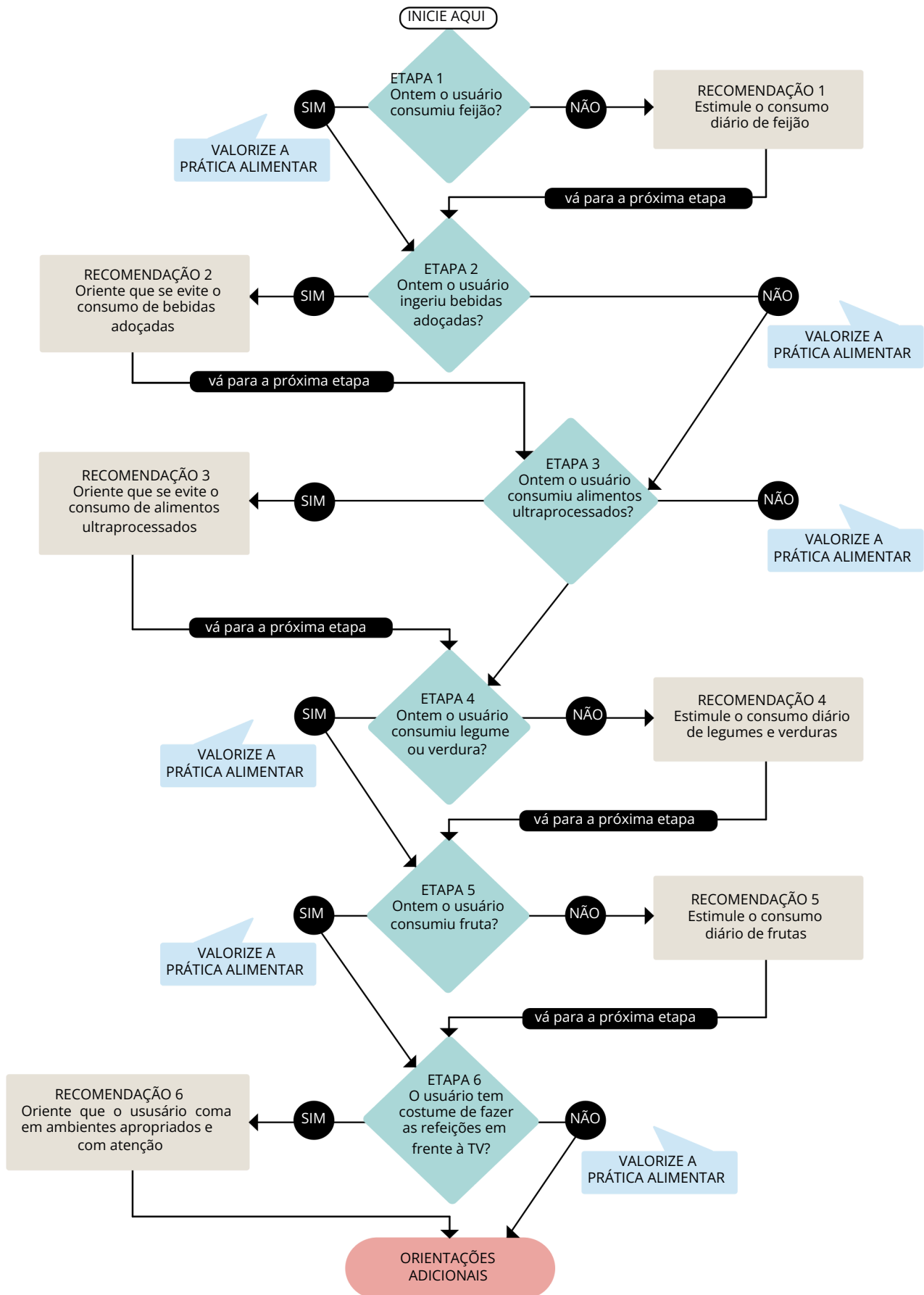
□ Deve-se considerar que mulheres que não amamentam podem voltar a ovular a partir de quatro semanas após o parto, com período curto de amenorria no puerpério. Assim, essas pacientes devem ter uma orientação contraceptiva.

□ Quando o parceiro da gestante tem o diagnóstico de HIV positivo= ofertar a gestante com diagnóstico de HIV negativo a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) + Testagem mensal e encaminhar para o SAE.

ANEXO M- Fluxograma Direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante

FASCÍCULO 3 | GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE GESTANTES

Figura 2 – Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante

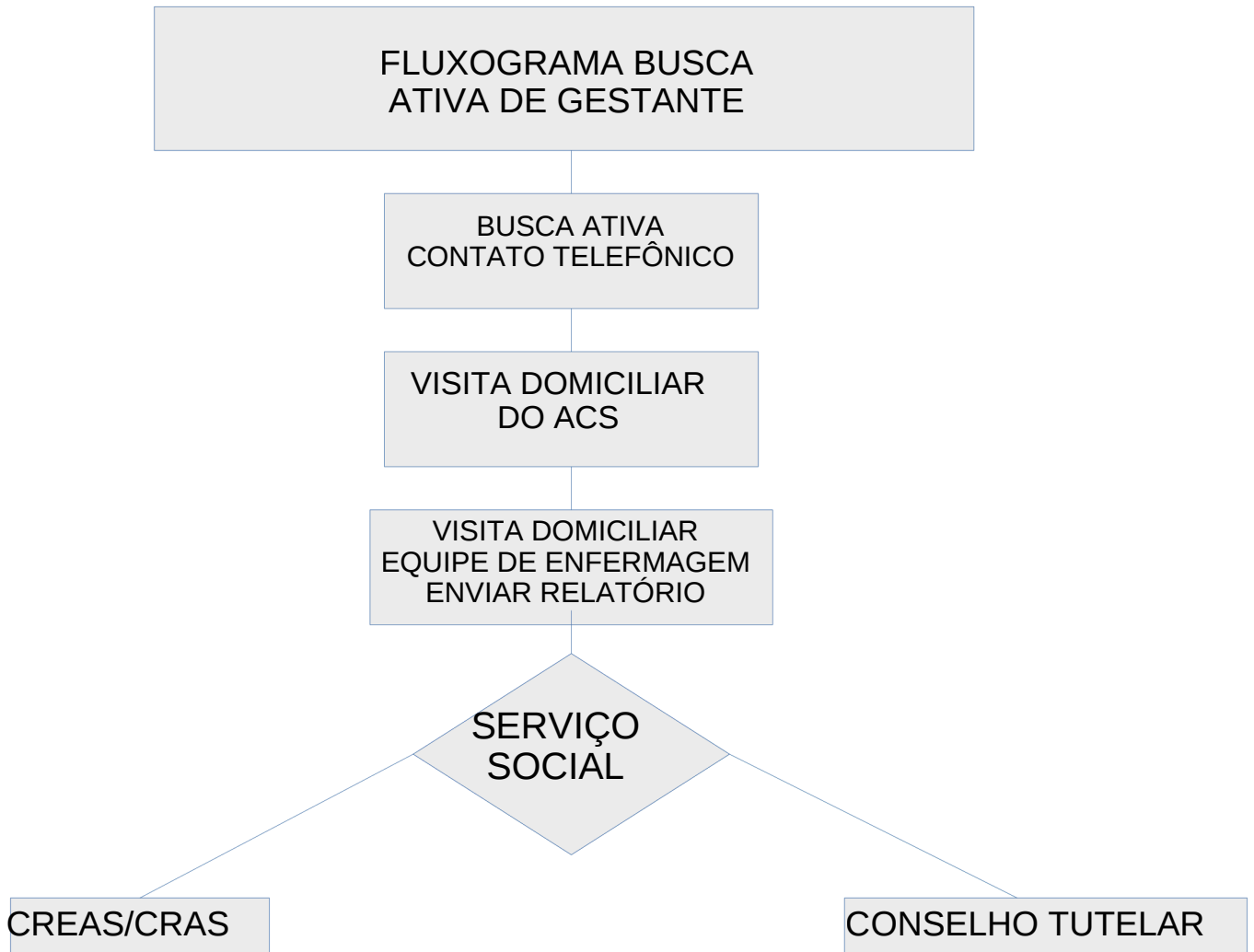


Fonte: Elaborado pelos autores.

<i>Semana gestacional</i>	<i>Baixo peso IMC</i>	<i>Adequado IMC entre</i>	<i>Sobrepeso IMC entre</i>	<i>Obesidade IMC</i>
6	19,9	20,0 e 24,9	25,0 e 30,0	30,1
8	20,1	20,2 e 25,0	25,1 e 30,1	30,2
10	20,2	20,3 e 25,2	25,3 e 30,2	30,3
11	20,3	20,4 e 25,3	25,4 e 30,3	30,4
12	20,4	20,5 e 25,4	25,5 e 30,3	30,4
13	20,6	20,7 e 25,6	25,7 e 30,4	30,5
14	20,7	20,8 e 25,7	25,8 e 30,5	30,6
15	20,8	20,9 e 25,8	25,9 e 30,6	30,7
16	21,0	21,1 e 25,9	26,0 e 30,7	30,8
17	21,1	21,2 e 26,0	26,1 e 30,8	30,9
18	21,2	21,3 e 26,1	26,2 e 30,9	31,0
19	21,4	21,5 e 26,2	26,3 e 30,9	31,0
20	21,5	21,6 e 26,3	26,4 e 31,0	31,1
21	21,7	21,8 e 26,4	26,5 e 31,1	31,2
22	21,8	21,9 e 26,6	26,7 e 31,2	31,3
23	22,0	22,1 e 26,8	26,9 e 31,3	31,4
24	22,2	22,3 e 26,9	27,0 e 31,5	31,6
25	22,4	22,5 e 27,0	27,1 e 31,6	31,7
26	22,6	22,7 e 27,2	27,3 e 31,7	31,8
27	22,7	22,8 e 27,3	27,4 e 31,8	31,9
28	22,9	23,0 e 27,5	27,6 e 31,9	32,0
29	23,1	23,2 e 27,6	27,7 e 32,0	32,1
30	23,3	23,4 e 27,8	27,9 e 32,1	32,2
31	23,4	23,5 e 27,9	28,0 e 32,2	32,3
32	23,6	23,7 e 28,0	28,1 e 32,3	32,4
33	23,8	23,9 e 28,1	28,2 e 32,4	32,5
34	23,9	24,0 e 28,3	28,4 e 32,5	32,6
35	24,1	24,2 e 28,4	28,5 e 32,6	32,7
36	24,2	24,3 e 28,5	28,6 e 32,7	32,8
37	24,4	24,5 e 28,7	28,8 e 32,8	32,9
38	24,5	24,6 e 28,8	28,9 e 32,9	33,0
39	24,7	24,8 e 28,9	29,0 e 33,0	33,1
40	24,9	25,0 e 29,1	29,2 e 33,1	33,2
41	25,0	25,1 e 29,2	29,3 e 33,2	33,3
42	25,0	25,1 e 29,2	29,3 e 33,2	33,3



ANEXO N - Fluxograma de busca ativa gestante - Termo de cooperação N° 01/2021





MODELO DE RELATÓRIO PARA ENCAMINHAMENTO À POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Relatório de Encaminhamento – Gestante não aderente ao Pré-Natal

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

- Unidade de Saúde: _____
- Município: _____
- Nome do(a) profissional responsável pelo preenchimento: _____
- Cargo/Função: _____
- Contato profissional: _____
- Data do preenchimento: // _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

- Nome completo: _____
- Data de nascimento: _____ / _____ / _____
- Endereço completo (rua, número, bairro, cidade, CEP): _____
- Telefone(s) para contato: _____
- Composição familiar (nome, idade, parentesco): _____

3. DADOS SOBRE A GESTAÇÃO

- Tempo de gestação (semanas/meses): _____
- Número de gestações anteriores: _____
- Existência de comorbidades ou riscos identificados:
 - Sim – Quais? _____
 - Não

4. HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE ACOMPANHAMENTO PELA SAÚDE

Informar de forma objetiva as tentativas de visita realizadas, com data, horário aproximado e observações relevantes.

1ª Tentativa

- Data: // ____ | Horário: _____



○ Observações: _____

2ª Tentativa

○ Data: / ____ | Horário: _____

○ Observações: _____

3ª Tentativa

○ Data: / ____ | Horário: _____

○ Observações: _____

5. BREVE RELATO SOBRE A SITUAÇÃO

(Apresentar um resumo técnico da situação: contexto familiar, histórico de não adesão ao pré-natal, se há registros anteriores, informações de vizinhos, riscos percebidos, etc.)

Exemplo:

A gestante encontra-se em período gestacional estimado de 24 semanas, sem comparecimento às consultas de pré-natal desde o início do acompanhamento. As três tentativas de visita domiciliar não tiveram sucesso, e vizinhos relataram que a família se encontra em possível situação de vulnerabilidade. Há suspeita de ausência de rede de apoio. Informações sobre possível mudança de endereço ainda não confirmadas.

6. OBJETIVO DO ENCAMINHAMENTO À POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Descrever claramente o motivo pelo qual a Assistência está sendo acionada: avaliação de vulnerabilidades, inserção em serviços socioassistenciais, escuta qualificada, etc.

Exemplo:

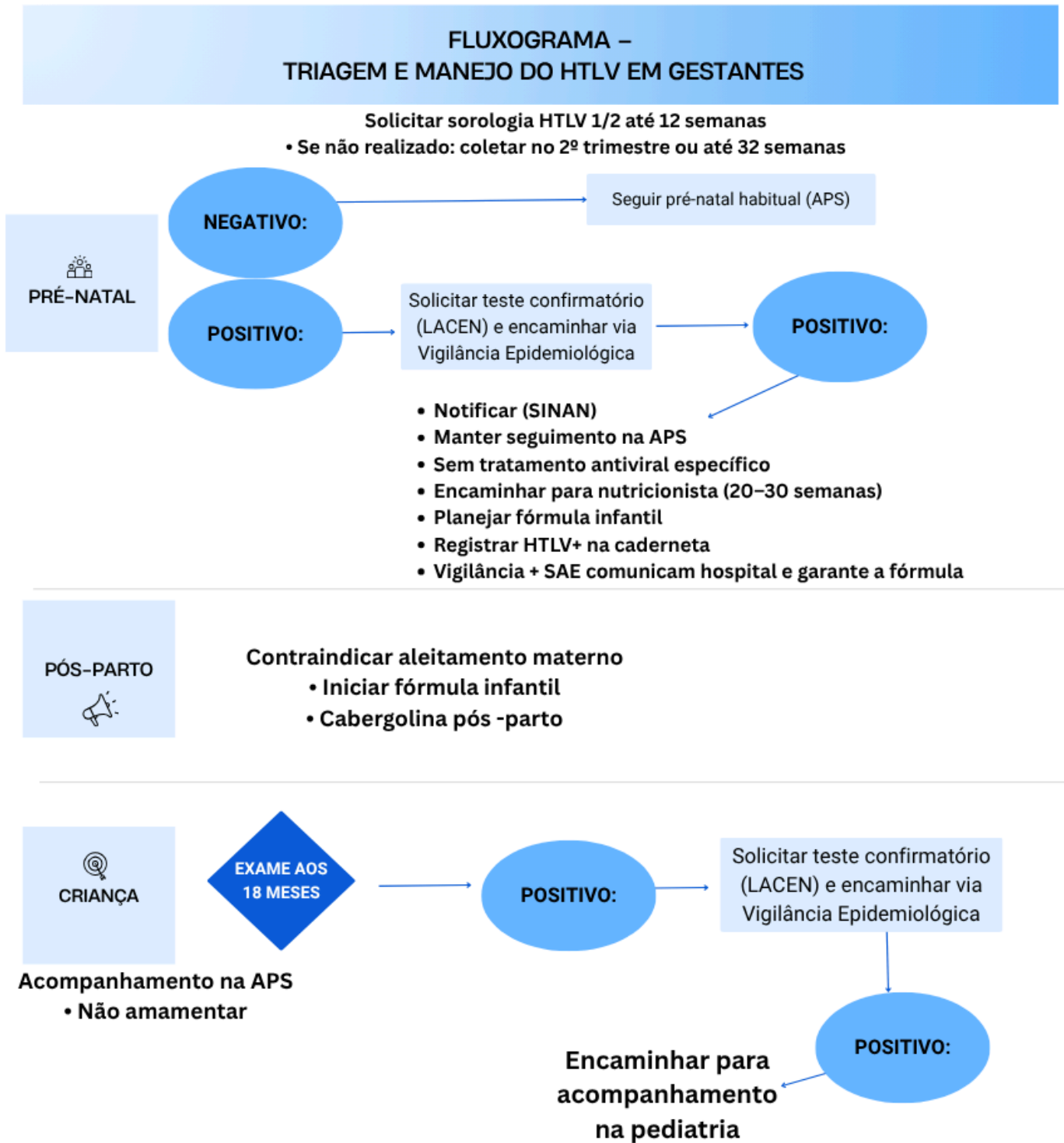
Solicita-se avaliação por equipe técnica da política de Assistência Social para análise de possíveis vulnerabilidades familiares e sociais, com vistas ao fortalecimento de vínculos, apoio à adesão ao pré-natal e proteção integral à gestante e ao nascituro.

Assinatura do(a) profissional responsável

Nome completo

Registro profissional (se houver)

ANEXO O- Fluxograma Triagem e manejo do HTLV em pessoa gestante



REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome: _____ Idade: _____

DN: ____/____/____

GESTANTE ()1º ()2º ()3º trimestre

Dados Clínicos: 1ºUS OBSTÉTRICO () SIM () NÃO

IG PELA DUM: _____

ALTURA UTERINA: _____ BCF: _____

US ANTERIOR: ()NÃO ()SIM ____/____/____ **AGENDAR A PARTIR DE: ____/____/____**Outros Dados Clínicos: _____

_____**USG OBSTÉTRICA**OBS.: Caso o exame seja realizado até 12 semanas de gestação, será realizado via Transvaginal.
Após 12 semanas de gestação, será realizado via Abdominal.____/____/____
DATA_____
Carimbo e assinatura do profissional solicitante**REQUISIÇÃO DE EXAME**

Nome: _____ Idade: _____

DN: ____/____/____

GESTANTE ()1º ()2º ()3º trimestre

Dados Clínicos: 1ºUS OBSTÉTRICO () SIM () NÃO

IG PELA DUM: _____

ALTURA UTERINA: _____ BCF: _____

US ANTERIOR: ()NÃO ()SIM ____/____/____ **AGENDAR A PARTIR DE: ____/____/____**Outros Dados Clínicos: _____

_____**USG OBSTÉTRICA**OBS.: Caso o exame seja realizado até 12 semanas de gestação, será realizado via Transvaginal.
Após 12 semanas de gestação, será realizado via Abdominal.____/____/____
DATA_____
Carimbo e assinatura do profissional solicitante

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS GESTANTE


Nome: _____

DN: ___/___/_____

Sexo: _____

Material a examinar: _____

Dados Clínicos:

	1º Trimestre (Até 12 semanas)	2º Trimestre (12 a 28 semanas)	3º Trimestre (Após 28 semanas)
	JEJUM DE 8 A 12H <input type="checkbox"/> TIPAGEM SANGUÍNEA (ABO/ RH) <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> GLICEMIA JEJUM <input type="checkbox"/> SOROLOGIA ANTI-HTLV 1 E HTLV 2 <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA * <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA * <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGM <input type="checkbox"/> ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	JEJUM DE 8 A 12H <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> TTGO 75 g (<i>Entre 24 e 28 semanas</i>) <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA * <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA * <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG/IGM (SE NEGATIVO NO 1º TRIMESTRE) <input type="checkbox"/> COOMBS INDIRETO (SE GESTANTE RH -)	JEJUM DE 8 A 12H <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA * <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA * <input type="checkbox"/> PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO (<i>Entre 35 e 37 semanas</i>)** <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG/IGM (SE NEGATIVO NO 2º TRIMESTRE)

OUTROS EXAMES (CONFORME QUADRO CLÍNICO):

TSH
 VDRL COOMBS INDIRETO OUTROS=

* Coletar a primeira urina da manhã e levar ao laboratório em até 1h após a coleta: Antes da coleta, realizar uma higiene íntima (mulheres: afastar os grandes lábios para evitar contaminação); Desprezar a primeira porção de urina e coletar o jato intermediário.

** Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante: _____

TOTAL DE EXAMES _____

Data da consulta: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS


Nome: _____

DN: ___/___/_____

Sexo: _____

Material a examinar: _____

Dados Clínicos:

	1º Trimestre (Até 12 semanas)	2º Trimestre (12 a 28 semanas)	3º Trimestre (Após 28 semanas)
	JEJUM DE 8 A 12H <input type="checkbox"/> TIPAGEM SANGUÍNEA (ABO/ RH) <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> GLICEMIA JEJUM <input type="checkbox"/> SOROLOGIA ANTI-HTLV 1 E HTLV 2 <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA * <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA * <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG ** <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGM ** <input type="checkbox"/> ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	JEJUM DE 8 A 12H <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> TTGO 75 g (<i>Entre 24 e 28 semanas</i>) <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA * <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA * <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG/IGM (SE NEGATIVO NO 1º TRIMESTRE) <input type="checkbox"/> COOMBS INDIRETO (SE GESTANTE RH -)	JEJUM DE 8 A 12H <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA * <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA * <input type="checkbox"/> PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO (<i>Entre 35 e 37 semanas</i>)*** <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG/IGM (SE NEGATIVO NO 2º TRIMESTRE)

OUTROS EXAMES (CONFORME QUADRO CLÍNICO):

OUTROS EXAMES (CONFORME QUADRO CLÍNICO):
 TSH
 VDRL COOMBS INDIRETO OUTROS=

* Coletar a primeira urina da manhã e levar ao laboratório em até 1h após a coleta: Antes da coleta, realizar uma higiene íntima (mulheres: afastar os grandes lábios para evitar contaminação); Desprezar a primeira porção de urina e coletar o jato intermediário.

*** Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante: _____

TOTAL DE EXAMES _____

Data da consulta: _____

REQUISIÇÃO GESTANTE

Nome: _____ Idade: _____

DN: ____ / ____ / ____

Dados Clínicos: _____

_____**AVALIAÇÃO C/ NUTRICIONISTA**____ / ____ / ____
DATA_____
Carimbo e assinatura do profissional solicitante**REQUISIÇÃO GESTANTE**

Nome: _____ Idade: _____

DN: ____ / ____ / ____

Dados Clínicos: _____

_____**AVALIAÇÃO C/ NUTRICIONISTA**____ / ____ / ____
DATA_____
Carimbo e assinatura do profissional solicitante



ANEXO T

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NA ANEMIA GESTACIONAL

Para prevenção ou tratamento de anemia

- Estimular o consumo de frutas ricas em vitamina C junto às grandes refeições na forma de sucos ou sobremesa (como a laranja, acerola, limão e morango);
- Desestimular o consumo de café, chá, mate e refrigerantes;
- Estimular o consumo de alimentos fontes de ferro como: carnes, vegetais verde-escuros, leguminosas, miúdos e vísceras.
- Consumir diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro, tais como: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros.
- Estimular o consumo de alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (exemplo: brócolis, couve, espinafre e rúcula), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, açaí, entre outros.
- Outra questão que merece atenção é o consumo de fitatos, substâncias consideradas antinutricionais que estão presentes nas leguminosas (feijões, lentilhas, ervilhas secas, grão-de-bico), mas que são removidas com a demolhagem dos grãos. A demolhagem é processo de deixar estes alimentos de molho de 08 h a 12 horas, trocando a água a cada 4 horas.

Gestantes também devem ter cuidado com alimentos que podem diminuir a absorção do ferro, como a suplementação de cálcio durante as refeições com maior consumo de ferro (almoço e jantar) e o consumo de chás, cafés e chocolates logo após as refeições



ANEXO S

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NO CASO DE NÁUSEAS E VÔMITOS NA GESTAÇÃO

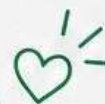
Esses sintomas podem variar ao longo dos trimestres da gestação e são passíveis de manejo com orientação alimentar adequada para esse evento da vida. Para gestantes que relatem desconfortos gastrointestinais, como plenitude gástrica, náuseas, vômitos e indigestão explique que esses sintomas podem ser comuns nesse período, pois existe a redução do tamanho e da motilidade do trato gastrointestinal.

A gestante deve ser orientada:

- Evitar tempo de jejum prolongado;
- Realizar uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia com três refeições principais e três pequenos lanches, baseados em alimentos *in natura* e minimamente processados);
- Evitar o consumo de alimentos gordurosos, picantes, frituras, doces, café, alimentos com cheiro forte ou desagradável;
- Recomenda-se a ingestão de alimentos sólidos leves antes de se levantar pela manhã, bem como a ingestão de alimentos gelados;
- Não ingerir líquidos durante as refeições;
- Incentive o consumo de água, própria para o consumo, pura ou, como preferido por algumas pessoas, “temperada” com rodela de limão, folhas de hortelã, gengibre, casca de abacaxi.
- Estimule o consumo da água temperada e/ou gelada;
- Se a pessoa não come frutas por causa de náuseas e enjoos, oriente que frutas cítricas ou frutas geladas/congeladas podem ser mais bem toleradas – Exemplos: fruta batida sem leite, picolés e sucos gelados de fruta natural
- Desestimular as bebidas adoçadas (refrigerantes, suco pó/caixa por não serem recomendadas para gestantes, pois, em geral, são adicionadas de muito açúcar, aromatizantes, corantes e outros aditivos, além de muitas apresentarem cafeína na composição. Tais compostos podem piorar os sintomas comuns na gestação, como náuseas e vômitos.
- Atenção para a quantidade de sal utilizado na preparação desses alimentos.
Estimule o uso de temperos naturais (cheiro-verde, alho, cebola, manjeriço, gengibre, cominho, louro, hortelã, orégano, coentro, alecrim, entre outros) para dar mais sabor às preparações e reduzir o uso excessivo de sal e temperos prontos, que podem intensificar as náuseas e favorecer o aumento da pressão.
- É importante ter calma e paciência na hora das refeições e mastigar muito bem os alimentos. Além de otimizar o processo de digestão, o momento da refeição será mais prazeroso.
- Não deitar após a refeição também pode melhorar os sintomas.**

GESTANTE, o pré-natal odontológico é importante para:

- ✓ **Prevenir cáries** e doenças gengivais que podem afetar você e seu bebê
- ✓ **Reduzir o risco** de parto prematuro e baixo peso ao nascer
- ✓ **Aliviar** desconfortos comuns da gravidez, como gengivite e sensibilidade
- ✓ **Garantir mais saúde, bem-estar** e um sorriso para essa fase especial!



TIRE SUAS DÚVIDAS

Escaneie o **QR Code** e converse com o chatbot!



E caso queira saber mais sobre
SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO,
baixe o aplicativo

GESTABEM!



Para Android



Para iPhone



GestaBem

Cuidado que começa
antes do sorriso.



Cuidados com a saúde bucal na gestação



Conteúdos, dicas e respostas confiáveis



Tire suas dúvidas com especialistas



Mais saúde para você e seu bebê em cada sorriso



PREFEITURA DE
BRUSQUE
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE
Cuidando da nossa gente



EQUIPE DE
SAÚDE BUCAL
Cuidando do seu sorriso