

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO 2026

Padronização de condutas para
um cuidado seguro, humano e eficaz.



SEGURANÇA
Cuidar com
responsabilidade



HUMANIZAÇÃO
Respeito, acolhimento
e empatia



EFICIÊNCIA
Boas práticas
e resultados



**CUIDANDO DE PESSOAS,
TRANSFORMANDO VIDAS.**

GILMAR SOARES VICENTE

Prefeito

EDUARDO VIUDES DOS SANTOS

Secretário Municipal da Saúde

Martha Azevedo dos Santos Pasini

Diretora da Atenção Básica

Colaboradora:

Camila Aparecida Moraes Soares

Enfermeira

Revisão e Edição:

Thais Ferreira Lima de Oliveira

Edna Verônica da Silva

Equipe do Núcleo de Educação Permanente e Humanização

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
OBJETIVOS.....	5
CAPTAÇÃO E VINCULAÇÃO NO PRÉ-NATAL.....	5
CONSULTAS.....	8
EXAMES, ALTERAÇÕES E CONDUTAS.....	15
QUADRO RESUMO: OBSERVAÇÕES E ALERTAS.....	18
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA GESTANTES COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL COM NECESSIDADE DE INSUMOS PARA MONITORAMENTO GLICÊMICO E/ OU USO DE INSULINA.....	19
SÍFILIS: DETECÇÃO, TRATAMENTO, REGISTROS E ACOMPANHAMENTOS.....	20
PRINCIPAIS SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO.....	21
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	24
FLUXO DE ENCAMINHAMENTO.....	26
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.....	27
LEMBRETES IMPORTANTES PARA ENFERMEIROS.....	27
LEMBRETES IMPORTANTES PARA MÉDICOS.....	28
PUERPÉRIO.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO 1- INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTAÇÃO.....	33

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que pode ser influenciado por condições clínicas, obstétricas e sociais que aumentam a probabilidade de desfechos desfavoráveis para a mãe e/ou concepto. O reconhecimento precoce dos fatores de risco e o manejo adequado são fundamentais para reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Para isso é imprescindível a realização do pré-natal, que consiste em um acompanhamento minucioso da gestante ao longo de toda gestação, cujo principal objetivo é a captação precoce da gestante e seu acolhimento desde o princípio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal.

O pré-natal de risco habitual ou baixo risco deve ser realizado pelos profissionais médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de forma revezada e integrada juntamente a equipe multiprofissional, já o de risco intermediário e alto risco deve ser realizado em conjunto por estes profissionais e ginecologistas da Casa da Mulher do município.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A Equipe de Saúde da Família deve acompanhar a gestante nas consultas individuais, nos grupos de educação em saúde, e em visita domiciliar para garantir a realização do pré-natal. Além de realizar busca ativa em caso de gestantes faltosas ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

O Indicador de Cuidado na Gestação e Puerpério na Atenção Primária à Saúde exige captação precoce com no mínimo 7 consultas, sendo a primeira até a 12ª semana, além de registros essenciais de saúde e acompanhamento pós-parto.

● **1ª Consulta Precoce:** Realizada por médico ou enfermeiro até a 12ª semana de gestação (vale 10 pontos).

- **Mínimo de 7 Consultas:** Consultas presenciais ou remotas realizadas por profissional médico ou enfermeiro durante todo o pré-natal (vale 9 pontos).
- **Aferições e Registros:** Pelo menos 7 registros de pressão arterial e 7 registros simultâneos de peso e altura.
- **Acompanhamento e Vacina:** Mínimo de 3 visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde e registro da vacina dTpa a partir da 20ª semana.

- **Puerpério:** Obrigatório o registro de pelo menos 1 consulta pós-parto realizada por médico ou enfermeiro.

OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Nortear os profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na realização das consultas de pré-natal e condutas pertinentes;
- Padronizar a estratificação de risco e os encaminhamentos à Casa da Mulher do município de gestações de risco intermediário e alto risco;
- Estabelecer o fluxo de referência e contrarreferência entre as unidades básicas, maternidades de referência e Casa da Mulher do município;
- Garantir acompanhamento conjunto, com registro adequado em prontuário e caderneta da gestante;
- Promover cuidado integral, humanizado e contínuo à mulher e ao recém-nascido;

CAPTAÇÃO E VINCULAÇÃO NO PRÉ-NATAL

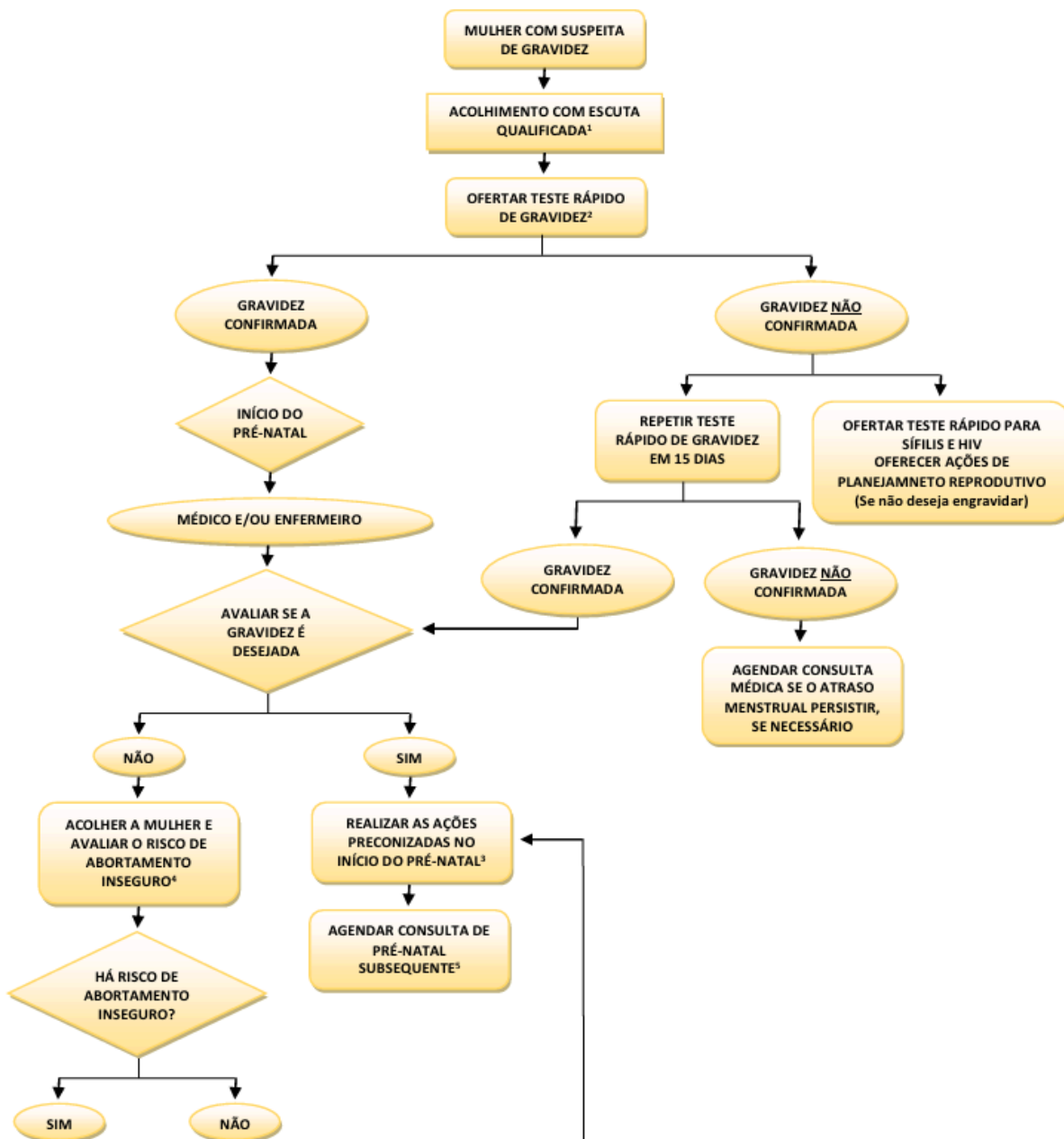
Toda mulher em idade fértil, sexualmente ativa, com suspeita de gestação ou atraso menstrual deve ser acolhida pela equipe da Atenção Primária à Saúde e encaminhada para consulta com enfermeiro(a) ou médico(a), garantindo atendimento ágil, sigiloso e oportuno para confirmação diagnóstica e início precoce do pré-natal.

O diagnóstico da gestação deve ser realizado por meio da história clínica, exame físico e testes complementares, conforme o fluxograma. Na presença de atraso menstrual ou suspeita de gestação, deve ser realizado o **Teste Imunológico de Gravidez (TIG)**, preferencialmente na própria Unidade Básica de Saúde. Se o resultado for negativo e a suspeita clínica persistir, recomenda-se repetir o TIG após 7 dias ou solicitar **β -hCG sérico**, conforme avaliação clínica. O β -hCG sérico também está indicado em situações específicas, como suspeita de gestação ectópica ou molar, ameaça de abortamento ou discordância entre o quadro clínico e o resultado do TIG.

A partir de aproximadamente 16 semanas de gestação, a confirmação pode ser realizada por avaliação clínica, dispensando o TIG quando presentes sinais objetivos da gestação, identificados por meio da observação e do exame físico, como aumento da altura uterina compatível com a idade gestacional, palpação do útero gravídico acima da sínfise púbica, percepção dos movimentos fetais pela gestante, palpação de partes fetais e ausculta dos batimentos cardíacos fetais com sonar, conforme a idade gestacional.

Confirmada a gestação, a **primeira consulta de pré-natal deve ser realizada imediatamente, preferencialmente pelo enfermeiro(a)**. As consultas subsequentes devem ser compartilhadas entre enfermeiro(a) e médico(a), conforme o calendário de acompanhamento, devendo a avaliação médica ser realizada sempre que houver intercorrências, fatores de risco ou necessidade identificada pelo enfermeiro(a). Todas essas informações são sintetizadas no fluxograma abaixo:

FLUXOGRAMA 1 – ENTRADA NO PRÉ-NATAL



- Orientar situações em que o aborto é permitido por lei e sobre possibilidade de adoção;
- Aconselhar a mulher a conversar com pessoa de confiança e, se gestação em fase inicial, oferecer-se ao cuidado, mediação de conflitos, verificar vulnerabilidades sociais e familiares;
- Orientar sobre riscos de práticas inseguras de interrupção da gravidez (hemorragia, perfuração uterina, infertilidade, morte);
- Marcar retorno para reavaliação;
- Se ocorrer abortamento, assegurar planejamento reprodutivo para evitar nova gestação indesejada.

¹ Questionar sobre sintomas sugestivos de gravidez; avaliar a regularidade de uso de contraceptivo; atentar a situações oportunas para uso de contracepções de emergência (relação desprotegida nos últimos 5 dias e ocorrência de violência sexual).

² O teste rápido deve ser feito em mulher adulta, jovem ou adolescente e sempre acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

³ AÇÕES PRECONIZADAS NO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:

- Acolher a mulher e abordar sobre os seus medos, ideias e expectativas;
- Explicar a rotina do acompanhamento pré-natal;
- Estimular a participação do(a) parceiro(a) durante o acompanhamento pré-natal;
- Iniciar o pré-natal o mais precocemente possível com a realização da 1ª consulta;
- Preencher e entregar à mulher a Caderneta da Gestante;
- Realizar os testes rápidos para Sífilis e HIV;
- Solicitar os exames em amostra de sangue ou soro, análise imunohematológicas e de análise clínica convencional;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar avaliação de risco e/ou vulnerabilidade obstétrica;
- Verificar a situação vacinal da mulher.

⁴ Oferecer ambiente acolhedor e privativo para escutar a mulher de forma aberta e não julgadora; oferecer mediação de conflitos pessoais e/ou familiares decorrentes de gravidez não planejada; e questionar abertamente sobre intenção de abortar sem julgamento ou intimidação.

⁵ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

CONSULTAS

As consultas de pré-natal, como pontuado anteriormente, deverão ser realizadas de forma intercalada entre os profissionais Enfermeiro e Médico, respeitando as competências legais de cada categoria profissional. O acompanhamento deverá ocorrer mensalmente até 28 semanas de gestação, quinzenalmente entre 28 e 36 semanas e semanalmente a partir de 36 semanas, preferencialmente pelo médico, até o momento do parto.

Independentemente da idade gestacional, todas as consultas de pré-natal deverão contemplar obrigatoriamente:

- Cálculo da idade gestacional (IG) pela Data da Última Menstruação (DUM), com correção pela ultrassonografia do primeiro trimestre, quando disponível;
- Aferição da pressão arterial e verificação do peso materno;
- Avaliação da altura uterina e realização da palpação obstétrica;
- Avaliação da presença de edema;
- Avaliação, interpretação e registro dos resultados dos exames laboratoriais no

prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante;

- Realização dos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C obrigatoriamente em todos os três trimestres da gestação, registrando os resultados dos testes rápidos ou dos exames laboratoriais equivalentes, especialmente para HIV e sífilis no terceiro trimestre;
- Encaminhamento da gestante para avaliação odontológica;
- Avaliação da movimentação fetal, referida pela gestante e/ou observada durante a consulta, após 20 semanas de gestação;
- Investigação, orientação e tratamento das queixas apresentadas pela gestante;
- Atualização do calendário vacinal conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI);
- Esclarecimento de dúvidas da gestante e de seus acompanhantes, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e incentivando o protagonismo da mulher durante a gestação.

Toda gestante deverá ser submetida à avaliação de risco gestacional em todas as consultas, considerando que o risco pode modificar-se ao longo da gestação. As gestantes classificadas como risco intermediário e alto risco deverão ser encaminhadas para o serviço de referência especializado (Casa da Mulher), sem interrupção do acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde.

Nesses casos, a equipe da APS manterá o acompanhamento compartilhado, cabendo ao enfermeiro a continuidade das orientações, educação em saúde, monitoramento clínico e esclarecimento de dúvidas, bem como oferta do planejamento familiar. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pelo território deverá realizar visitas domiciliares mensais, fortalecendo a vigilância e o vínculo com a gestante.

As pacientes gestantes devem ser orientadas a procurar sua maternidade de referência, sendo nos casos de baixo risco a Maternidade Estadual de Franco da Rocha e nos casos de risco intermediário e alto risco, a Maternidade do Hospital Estadual de Francisco Morato "Prof. Carlos da Silva Lacaz" (LACAZ), nos casos de atendimento médico em caráter de pronto socorro, independente da origem da sua queixa, não limitando-se a procurar somente quando apresentar queixas ginecológicas/ obstétricas. Além disso, elas também devem ser incentivadas a participar de grupos de gestantes existentes na UBS, orientadas quanto ao direito de visita à maternidade mediante agendamento ao completar 37 semanas, buscar atendimento no Fundo Social do

município em casos de baixa renda para devida avaliação e possível inserção no Programa Dona Cegonha e receber o plano de parto com devida orientação sobre o preenchimento e andamento deste preenchimento ao longo das consultas. Na primeira consulta a gestante deve ter seus dados inseridos na Planilha de Gestantes do Município compartilhada com todas as UBS e Casa da Mulher via Google Drive ou sistema próprio e nas demais consultas, estes dados devem ser alimentados também. É fundamental também a oferta de pré-natal do parceiro, quando for o caso. Em cada trimestre da gestação, o profissional deve atentar-se a alguns exames e avaliações imprescindíveis, conforme podemos ver no quadro a seguir:

Cronograma de Assistência ao Pré-Natal e Pós-Parto (Revisado)

Trimestre / Consultas	1) Exames Solicitados	2) Medicamentos a serem avaliados e/ou prescritos	3) Avaliações (Biológicas, Socioeconômicas e Emocionais)
 1º Trimestre (Até 13 semanas)	- Tipagem Sanguínea e Fator Rh - Coombs Indireto (se Rh neg) - Hemograma completo (Hb/Ht) - Glicemia em Jejum - Testes Rápidos/Sorologias: HIV, VDRL, Hep. B e C, Toxoplasmose e Rubéola - HTLV - USG MORFOLÓGICA * - HIV 1 e 2 - Urina I e urocultura (12-14 sem indicação específica *)	- Ácido Fólico (5mg): 1x/dia até 12 sem - Sulfato Ferroso (40mg): 1x/dia, 40 min antes do almoço - Metildopa: Se PA $\geq$ 140x90 mmHg (PRESCRIÇÃO MÉDICA) Consultar critérios de indicação no Quadro "Indicações de Metildopa" - AAS (100mg): iniciar na 12ª sem. se alto risco (PRESCRIÇÃO MÉDICA) Consultar critérios de indicação no Quadro "Indicações de AAS"	Biológicas: PA, Peso, IG, Exame Físico Socioeconômicas: Idade (<15 ou >40), Renda, Escolaridade, Suporte Emocionais: Aceitação, Violência Doméstica Realizar estratificação de risco e encaminhar à Pré-natal de alto risco se necessário.
 2º Trimestre (14 a 27 semanas)	20 semanas: Repetir Testes Rápidos (ISTs) 24-28 semanas: TOTG 75g (0, 1h, 2h) 24-28 semanas: Hemograma e Glicemia de Jejum - USG MORFOLÓGICA (20-24 sem) indicação específica ** (20-24 sem) indicação específica **	- Sulfato Ferroso (40mg): Continuar 1x/dia - Carbonato de Cálcio (500mg): de 12 semanas até o parto: 1 a 2 cp à noite - AAS (100mg): Manter se indicado (PRESCRIÇÃO MÉDICA) Consultar critérios de indicação no Quadro "Indicações de AAS" - Metildopa: Ajustar dose (PRESCRIÇÃO MÉDICA) Consultar critérios de indicação no Quadro "Indicações de Metildopa"	Biológicas: Altura Uterina, BCF, Movimentação Fetal, Edemas Socioeconômicas/Emocionais: Adesão, Mudanças de contexto Realizar estratificação de risco e encaminhar à Pré-natal de alto risco se necessário.
 3º Trimestre (28 semanas ao Parto)	28 semanas: Repetir Testes Rápidos 35 semanas: Cultura de Streptococcus (Anal/Vaginal) - Hemograma, Glicemia, Sorologias, Urina I/Urocultura - USG Obstétrico (vitalidade e crescimento)	- Sulfato Ferroso (40mg): Até o parto - Carbonato de Cálcio (500mg): de 12 semanas até o parto: Suspender na 36ª sem - AAS (100mg): Suspender na 36ª sem - Metildopa: Manter controle rigoroso de PA	Biológicas: Manobras de Leopold, Sinais de Pré-eclâmpsia, Trabalho de Parto Socioeconômicas/Emocionais: Preparo para o parto, Plano de Parto, Suporte RN Realizar estratificação de risco e encaminhar à Pré-natal de alto risco se necessário.
 Pós-Parto (Até 42 dias)	- Revisão exames da maternidade - Tipagem sanguínea do RN (se mãe Rh-) - Teste Rápido Sífilis/HIV se não realizado	- Suplementação de Ferro (60mg/dia) por 3 meses (se anemia) - Planejamento Familiar: Métodos (DIU, Implanon, Injetáveis, Preservativos)	Biológicas: Involução uterina, Mamas/Amamentação, Loquiação, Cicatrização Socioeconômicas: Vínculo mãe-bebê, Higiene, Sono Emocionais: Rastrear de Depressão Pós-parto Realizar estratificação de risco e encaminhar à Pré-natal de alto risco e ou alto risco se necessário.

Notas Importantes e Emergências

- Frequência das Consultas: Até 28 sem (Mensais), 28-36 sem (Quinzenais), 36 sem ao parto (Semanais)
- Encaminhamento Imediato (Urgência): Sangramento vaginal, Perda de líquido, Ausência de movimentos fetais, PA $\geq$ 160/110 mmHg, Sinais de eclâmpsia

* Solicitada em casos de Down na família ou idade materna >35 anos.

** Para malformações anteriores ou doenças de base.



Indicações de AAS



O **AAS** (100 a 150 mg/dia, à noite) é prescrito no pré-natal exclusivamente para prevenir a pré-eclâmpsia.



O tratamento deve iniciar entre a **12ª e 16ª semana** de gestação e ser mantido até a **36ª semana**.



1

FATORES DE ALTO RISCO

Apenas 1 fator já justifica o AAS



Histórico pessoal: Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em gestação anterior.



Doenças crônicas: Hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus (tipo 1 ou 2) ou doença renal.



Doenças autoimunes: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) ou Síndrome Antifosfolípide (SAF).



Gestação múltipla: Gravidez de gêmeos ou mais.



2

FATORES DE RISCO MODERADO

Geralmente exige 2 ou mais fatores



Primeira gravidez (nuliparidade).



Idade avançada: Gestante com 35 anos ou mais.



Obesidade: Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30 kg/m².



Histórico familiar: Mãe ou irmã que tiveram pré-eclâmpsia.



Intervalo interpartal: Mais de 10 anos desde a última gravidez.

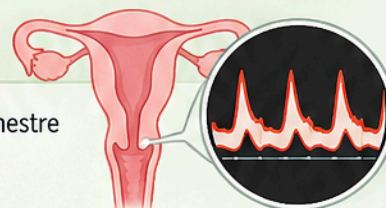


3

CRITÉRIO ULTRASSONOGRÁFICO



Doppler de artérias uterinas: Alterado no primeiro trimestre (com persistência de entalhe protodiastólico bilateral ou IP médio elevado), indicando má placentação.



O AAS é seguro, de baixo custo e eficaz na redução do risco de pré-eclâmpsia quando corretamente indicado e no tempo adequado.





Indicações de Metildopa



O uso é indicado de forma persistente quando os níveis de pressão arterial atingem **$\geq 140/90$ mmHg (ou $\geq 150/100$ mmHg)** em casos selecionados de hipertensão leve crônica sem lesão de órgão-alvo).



1 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC)



- **Diagnóstico prévio:**
Mulheres que já eram hipertensas antes de engravidar.



- **Antes das 20 semanas:**
Pressão alta detectada no início do pré-natal (antes da 20ª semana de gestação).



- **Substituição de medicamentos:**
Utilizada imediatamente para substituir anti-hipertensivos proibidos na gravidez, como os IECA (enalapril, captopril) e os BRA (losartana).



SINAIS DE ALERTA

- Dor de cabeça forte
- Visão turva
- Dor no peito
- Falta de ar
- Inchaço importante

Sempre orientar a gestante a procurar atendimento imediato ao apresentar qualquer sinal de alerta.



2 HIPERTENSÃO GESTACIONAL



- **Surgimento tardio:**
Pressão arterial que se eleva para valores $\geq 140/90$ mmHg após a 20ª semana de gestação.



- **Ausência de proteinúria:**
Níveis pressóricos altos sem a presença de perda de proteína na urina ou outros sinais de disfunção orgânica.



3 PRÉ-ECLÂMPSIA (PE) OU PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA



- **Diagnóstico firmado:**
Pressão alta que surge após as 20 semanas associada à proteinúria ou a critérios de gravidade (disfunção renal, hepática ou hematológica).



- **Controle de sintomas:**
Prescrita para manter a estabilidade hemodinâmica da gestante até o momento programado do parto ou resolução da gestação.



Metildopa é segura para a gestante e o feto, sendo uma das primeiras escolhas no tratamento da hipertensão durante a gravidez.



Uso sempre sob prescrição e acompanhamento médico.



EXAMES, ALTERAÇÕES E CONDUTAS

Cada exame deve ser devidamente avaliado, registrado em prontuário e caderneta de gestante, além disso, para as alterações encontradas devem ser tomadas as condutas pertinentes, conforme apresentado na tabela abaixo:

Exame	Alteração Encontrada	Conduta / Manejo do Profissional de Saúde
Tipagem Sanguínea e Fator Rh	Rh Negativo	Realizar Coombs Indireto . Se o parceiro for Rh positivo ou desconhecido, repetir o Coombs de 4 em 4 semanas.
Coombs Indireto	Positivo	Referenciar imediatamente ao Alto Risco (Casa da Mulher).
	Negativo	Repetir mensalmente. Realizar imunoglobulina anti-D na 28ª semana (até a 32ª).
Hemograma (Hemoglobina - Hb)	Hb entre 8 e 11 g/dL (Anemia leve/moderada)	Iniciar tratamento com Sulfato Ferroso (200 mg/dia de ferro elementar) , dividido em doses antes das refeições. Repetir em 60 dias.
	Hb < 8 g/dL (Anemia grave)	Encaminhar ao pré-natal de Alto Risco.
Glicemia de Jejum (1º Trimestre)	92 a 125 mg/dL	Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) . Encaminhar ao Alto Risco.

	≥ 126 mg/dL	Diagnóstico de Diabetes Mellitus (pré-gestacional ou da gravidez). Encaminhar ao Alto Risco.
TOTG 75g (24-28 semanas)	Jejum ≥ 92; 1h ≥ 180; 2h ≥ 153 mg/dL	Se qualquer valor estiver alterado: Diagnóstico de DMG . Iniciar dieta/exercícios e encaminhar ao Alto Risco se não houver controle em 2 semanas.
Teste Rápido / VDRL (Sífilis)	Reagente	Iniciar tratamento imediato com Penicilina Benzatina (gestante e parceiro). Não aguardar o VDRL para tratar. Notificar o caso e realizar VDRL mensal para controle de cura.
Teste Rápido / Sorologia HIV	Reagente	Encaminhar ao Infectologista (CTA) e ao Alto Risco. Iniciar TARV conforme protocolo.
Hepatite B (HBsAg)	Reagente	Encaminhar ao Infectologista (CTA) e ao Alto Risco.
Anti-HBs	Não Reagente	Indicar vacinação (3 doses) se esquema incompleto ou desconhecido.
Toxoplasmose (Sorologia)	IgM (+) e IgG (-) ou IgM (+) e IgG (+) com baixa avidéz	Iniciar Espiramicina (1g de 8/8h) imediatamente e encaminhar ao Alto Risco e Infectologista.
Urina I e Urocultura	Leucocitúria / Hematúria / Cultura Positiva	Iniciar antibiótico (Nitrofurantoína, Cefalexina ou Amoxicilina). Repetir urocultura 7 a 10 dias após o tratamento.

	Proteinúria (traços ou isolada)	Repetir em 15 dias. Se mantida ou associada a hipertensão/edema, encaminhar ao Alto Risco .
	ITU de repetição (≥ 3 episódios)	Iniciar tratamento e referenciar ao Alto Risco .
HTLV 1 e 2	Reagente	Encaminhar ao Infectologista (CTA) e ao Alto Risco . Orientar contra indicação absoluta do aleitamento materno.
Citologia Oncótica	Atipias / NIC I, II ou III	Encaminhar para Colposcopia .
Cultura de Streptococcus B	Positiva (35-37 semanas)	Registro em carteira para antibioticoprofilaxia intraparto (no momento da internação para o parto).
Ultrassonografia (USG)	Alteração do ILA (Oligo/Polidrâmnio) ou Malformação	Encaminhar imediatamente ao Alto Risco .

ATENÇÃO:

Informações Importantes de Conduta:

Estratificação de Risco:

Deve ser realizada em todas as consultas.

O critério de maior risco sempre prevalece.

UBS | Serviço Especializado

Acompanhamento Compartilhado

Sinais de Alerta:

Cefaleia Intensa

Escotomas (Pontos de Luz)

Dor

Sangramento Vaginal

Dor Abdominal Súbita

Sangramento Vaginal

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Gestante deve ser encaminhada imediatamente

*Consulte sempre sua equipe de saúde.
Orientações baseadas nas diretrizes do Ministério da Saúde.

QUADRO RESUMO: OBSERVAÇÕES E ALERTAS

Categoria	Observação / Orientação Técnica
Indicadores de Qualidade (APS)	Indicador 1.1: O cuidado na gestação exige a 1ª consulta até a 12ª semana, um mínimo de 7 consultas no total, 7 registros de PA, peso e altura, registro de vacina dTpa após a 20ª semana, testes rápidos de Sífilis, HIV e Hepatites no 1º e 3º trimestres, além de consulta no puerpério e visitas domiciliares pelo ACS.
Manejo medicamentoso da Hipertensão (SOMENTE PARA MÉDICOS)	Ao prescrever 1 grama de Metildopa , a dose deve ser de 250mg a cada 6 horas; não deve ser feita a administração de 500mg a cada 12 horas e a gestante deve ser encaminhada ao alto risco.
Organização da Unidade	A unidade de saúde deve garantir vagas mensais para a gestante até o parto e incentivar a promoção de grupos de gestantes .
Urgência e Emergência	As gestantes devem ser orientadas a procurar a maternidade de referência para qualquer atendimento de pronto socorro, independentemente de a queixa ser ou não ginecológica/obstétrica.
Logística de Medicação (Anti-D)	A Imunoglobulina Anti-D 300mcg é fornecida pela farmácia de alto custo (Franco da Rocha). Para retirada, exige-se Laudo Médico Especial (LME), receita em duas vias, exames de tipagem sanguínea/Coombs e documentos pessoais. A gestante deve ser devidamente orientada e direcionada.

Glicemia Gestacional	Os valores normais esperados no teste TOTG 75G (0h, 1h e 2h) são, respectivamente: <92 mg/dl, <180 mg/dl e <153 mg/dl.
Sífilis e Alergias	É obrigatório alimentar a planilha de acompanhamento de Sífilis no Drive ou sistema próprio. Gestantes com alergia comprovada à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização no Hospital e Maternidade LACAZ.
Logística de Medicação (Espiramicina)	A Espiramicina deve ser prescrita em LME e receitada em duas vias para retirada na farmácia de alto custo, acompanhada dos exames de IgG, IgM e teste de avidéz.
Ultrassonografia (USG)	USG Morfológica de 1º Trimestre (12-14 sem): solicitada em casos de Down na família ou idade materna >35 anos. USG Morfológica de 2º Trimestre (20-24 sem): para malformações anteriores ou doenças de base.
Orientação Geral	É fundamental orientar que, diante de qualquer sintoma inesperado, a gestante deve buscar atendimento profissional imediatamente.
Classificação de Risco	O profissional deve utilizar o instrumento de INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTAÇÃO do ANEXO I para realizar a Classificação de Risco Gestacional por meio da pontuação nele contida e possível encaminhamento ao serviço especializado.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA GESTANTES COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL COM NECESSIDADE DE INSUMOS PARA MONITORAMENTO GLICÊMICO E/ OU USO DE INSULINA

1. Gestantes com diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

As pacientes deverão ser encaminhadas à **Casa da Mulher**, local responsável pela entrega do glicosímetro e dos respectivos insumos, conforme fluxo estabelecido.

2. Gestantes com suspeita de Diabetes Mellitus Gestacional:

As pacientes deverão ser encaminhadas à **Assistência Farmacêutica**, acompanhadas de uma carta ou encaminhamento emitido pelo médico assistente, informando que se trata de um caso de suspeita de diabetes gestacional. Após avaliação, será realizado o fornecimento do glicosímetro e dos insumos necessários.

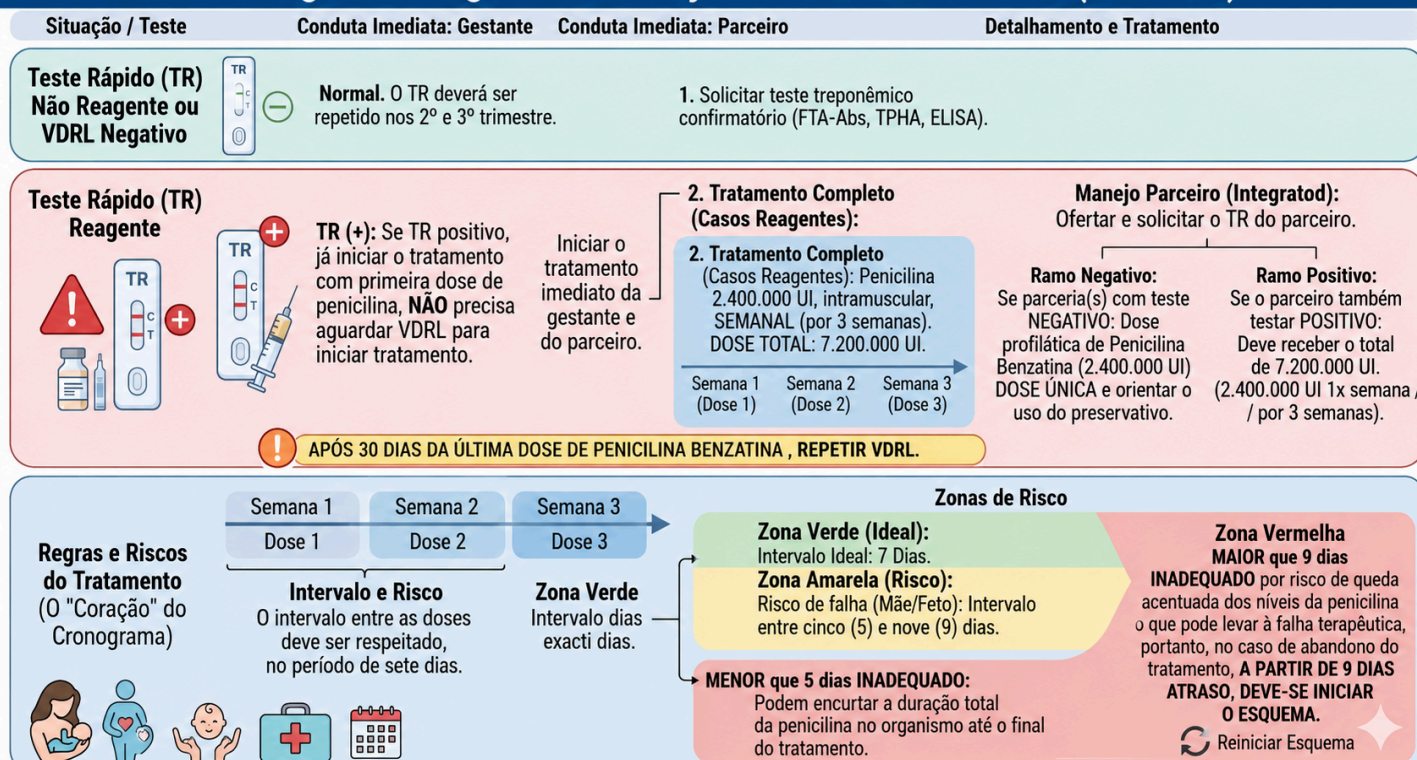
3. Gestantes em acompanhamento exclusivamente na rede particular:

Mesmo quando o pré-natal for realizado integralmente na rede privada, as gestantes poderão ser encaminhadas à **Assistência Farmacêutica** para retirada do glicosímetro e dos insumos, desde que apresentem a documentação pertinente, conforme os critérios estabelecidos pelo serviço.

Solicitamos que essas orientações sejam compartilhadas com toda a equipe envolvida no atendimento às gestantes, a fim de garantir a padronização do fluxo e assegurar o acesso oportuno aos insumos necessários para o acompanhamento da glicemia.

SÍFILIS: DETECÇÃO, TRATAMENTO, REGISTROS E ACOMPANHAMENTOS

Cronograma Integrado de Manejo da Sífilis no Pré-Natal (Revisado)



Nos casos de sífilis positiva, o enfermeiro deve realizar o preenchimento de Notificação compulsória de Sífilis na gestante, bem como relatório de acompanhamento do tratamento da gestante, parceiro e bebê, conforme estabelecido em protocolos elaborados pelo Centro de Testagem e Aconselhamento do município. Os registros devem ser devidamente preenchidos e mantidos em prontuário, sendo que uma cópia da notificação e do relatório de acompanhamento deve ser enviada via e-mail ou malote para o CTA. Além disso, faz-se importante o registro dos resultados dos testes e VDRL, tratamento e doses também em caderneta da gestante e preenchimento de planilha do Drive compartilhada com a Secretaria Municipal de Saúde.

PRINCIPAIS QUEIXAS NA GESTAÇÃO

A tabela abaixo organiza detalhadamente as abordagens terapêuticas e os critérios de triagem para cada intercorrência:

Queixa	Sintomas e Descrição	Orientações e Cuidados	Conduta Medicamentosa (Geral/Sob Supervisão)	Sinais de Alarme (Encaminhamento)
Náuseas e Vômitos	Comuns no 1º trimestre; mais intensos pela manhã ou após jejuns.	Alimentação fracionada; evitar jejum; preferir secos (torradas); evitar gorduras/açúcar.	Metoclopramida 10 mg de 8/8 horas.	Hiperemese gravídica refratária ou distúrbios hidroeletrólíticos.
Queixas Urinárias	Compressão da bexiga. Dor ao urinar, nictúria, dor suprapúbica ou hematúria.	Monitorar frequência urinária e sintomas sistêmicos.	Antibioticoterapia (Nitrofurantoína, Cefalexina ou Amoxicilina-clavulanato se ITU).	Febre, taquicardia, calafrios, vômitos ou dor lombar (Giordano+).
Fraqueza / Tontura	Episódios curtos por instabilidade hemodinâmica ou hipoglicemia.	Alimentação fracionada; evitar jejum; respirar pausadamente; ingerir líquidos.	Não há conduta medicamentosa específica; focar no ajuste dietético.	Palidez, queda abrupta da PA e síncope (sinalizar sangramento/ectópica).
Dor Lombar	Sobrecarga postural na coluna que se acentua com o avançar da idade gestacional.	Correção postural; sapatos confortáveis; calor local; massagens e alongamentos.	Paracetamol e Dipirona.	Febre ou queixas urinárias associadas.
Constipação / Flatulência	Dificuldade evacuatória comum; risco de fissuras e hemorroidas.	Aumentar consumo de água e fibras; evitar alimentos fermentativos; caminhadas.	Dimeticona (40-80mg de 6/6h) ou supositório de glicerina.	Sangramento retal e aumento progressivo da intensidade da dor.

Pirose / Azia	Mais frequente no final da gestação, mas pode ocorrer em toda a gravidez.	Dieta fracionada; evitar líquidos nas refeições, café, frituras e fumo; elevar a cabeceira da cama.	Hidróxido de alumínio.	Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
Edemas	Geralmente no 3º trimestre; em membros inferiores; piora em ortostatismo.	Evitar longos períodos em pé/sentada; repouso em DLE; elevar pernas; meias elásticas.	Não há conduta medicamentosa específica para edema fisiológico.	Edema generalizado, unilateral com sinais flogísticos, ou com HAS.
Cefaleia	Dor de cabeça que exige afastar hipóteses de hipertensão/pré-eclâmpsia.	Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação.	Paracetamol e/ou Dipirona.	Cefaleia intensa/súbita, escotomas visuais, epigastralgia ou edema excessivo.



SITUAÇÕES CLÍNICAS NA GESTAÇÃO – SINAIS, CONDUTAS E ENCAMINHAMENTO NA APS

CONDIÇÃO	DEFINIÇÃO / CLASSIFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	CONDUTA INICIAL NA APS	ENCAMINHAMENTO
 ABORTAMENTO	Ameaça, inevitável, incompleto, completo, retido ou infectado	- Sangramento vaginal (leve a intenso) - Dor abdominal - Colo fechado ou dilatado - Febre - Secreção fétida - Eliminação de coágulos	 - Repouso relativo - Evitar relações sexuais - Analgesia conforme avaliação - Solicitação de USG obstétrica e avaliação do volume de sangramento	 Encaminhar imediatamente à maternidade se houver suspeita de aborto incompleto, inevitável ou sinais de infecção (abortamento infectado).
 GRAVIDEZ ECTÓPICA	Implantação extrauterina, comumente nas trompas	- Dor abdominal ou pélvica unilateral - Sangramento vaginal irregular - Tontura - Dor no ombro - Palidez - Queda da pressão arterial	 - Avaliação clínica - USG transvaginal e β-hCG (quando disponíveis) - Não atrasar o encaminhamento diante de sinais de gravidade	 Encaminhamento imediato para emergência hospitalar , devido ao risco de ruptura e hemorragia interna.
 NÁUSEAS E VÔMITOS	Sintoma comum da gestação ou hiperêmese gravídica	- Náuseas e vômitos intensos - Vômitos incoercíveis - Perda de peso - Sinais de desidratação	 - Orientar alimentação fracionada - Evitar jejum e alimentos que desencadeiem sintomas - Avaliar hidratação e estado geral	 Encaminhar à maternidade se houver hiperêmese, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos ou vômitos incoercíveis.
 DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)	Separação parcial ou completa da placenta normalmente inserida antes do nascimento do feto, geralmente após 20 semanas.	- Sangramento vaginal - Dor abdominal ou lombar súbita e contínua - Útero doloroso / hipertônico - Contrações frequentes - Alteração ou ausência de movimentos fetais - Alterações dos BCF - Sinais de choque (o sangramento pode ser oculto)	 SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA. - Avaliar sinais vitais, sangramento, dor e condição fetal - Manter vigilância materno-fetal NÃO ATRASAR A TRANSFERÊNCIA PARA INVESTIGAÇÃO	 ENCAMINHAMENTO IMEDIATO À EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA / MATERNIDADE. Acionar transporte adequado diante de instabilidade ou suspeita de hemorragia.



IMPORTANTE: No Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), a intensidade do sangramento vaginal **NÃO EXCLUI** GRAVIDADE, pois pode haver sangramento oculto. Sangramento associado a dor abdominal aguda e contínua deve levantar suspeita de DPP e motivar encaminhamento urgente.



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco gestacional é um processo contínuo, devendo ser realizada em todos os atendimentos, tanto com médicos como enfermeiros. Desde a primeira consulta e ao longo de todo o pré-natal, a equipe deve identificar precocemente sinais e fatores de risco. O cuidado compartilhado com equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento; uma vez identificado o risco, o encaminhamento deve ser feito imediatamente, seja a gestação em início ou próxima ao término. A estratificação é absoluta: prevalece sempre o critério de maior risco, e a gestante **não retorna ao risco habitual** durante a gestação presente.

A avaliação de risco deve ser registrada a cada consulta e anexada à caderneta da gestante, garantindo sua apresentação nos demais pontos da rede.

Baixo risco (risco habitual): acompanhamento integral pela APS, com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a), além de avaliação odontológica pela equipe de saúde bucal. Estas pacientes serão encaminhadas à Maternidade Estadual de Franco da Rocha – Leonor Bueno de Moraes, quando estiverem em trabalho de parto ou intercorrências.

Médio risco (risco intermediário): acompanhamento pela APS com consultas médicas e de enfermagem, complementado por discussão de caso com serviço especializado (Casa da Mulher) por meio de matriciamento entre enfermeiros conforme necessidade das unidades básicas e suas gestantes nesta situação, além de avaliação odontológica. Estas pacientes serão encaminhadas à Maternidade Estadual de Franco da Rocha – Leonor Bueno de Moraes, quando estiverem em trabalho de parto ou intercorrências.

Alto risco: acompanhamento conjunto da APS e Casa da Mulher. O cuidado deve ser compartilhado entre os serviços, incluindo plano de cuidados, monitoramento clínico, vigilância para intercorrências, realização de exames especializados, e vinculação à maternidade de alto risco. Estas pacientes serão encaminhadas ao Hospital Estadual de Francisco Morato Prof. Carlos da Silva Lacaz, quando estiver em trabalho de parto ou em intercorrências.

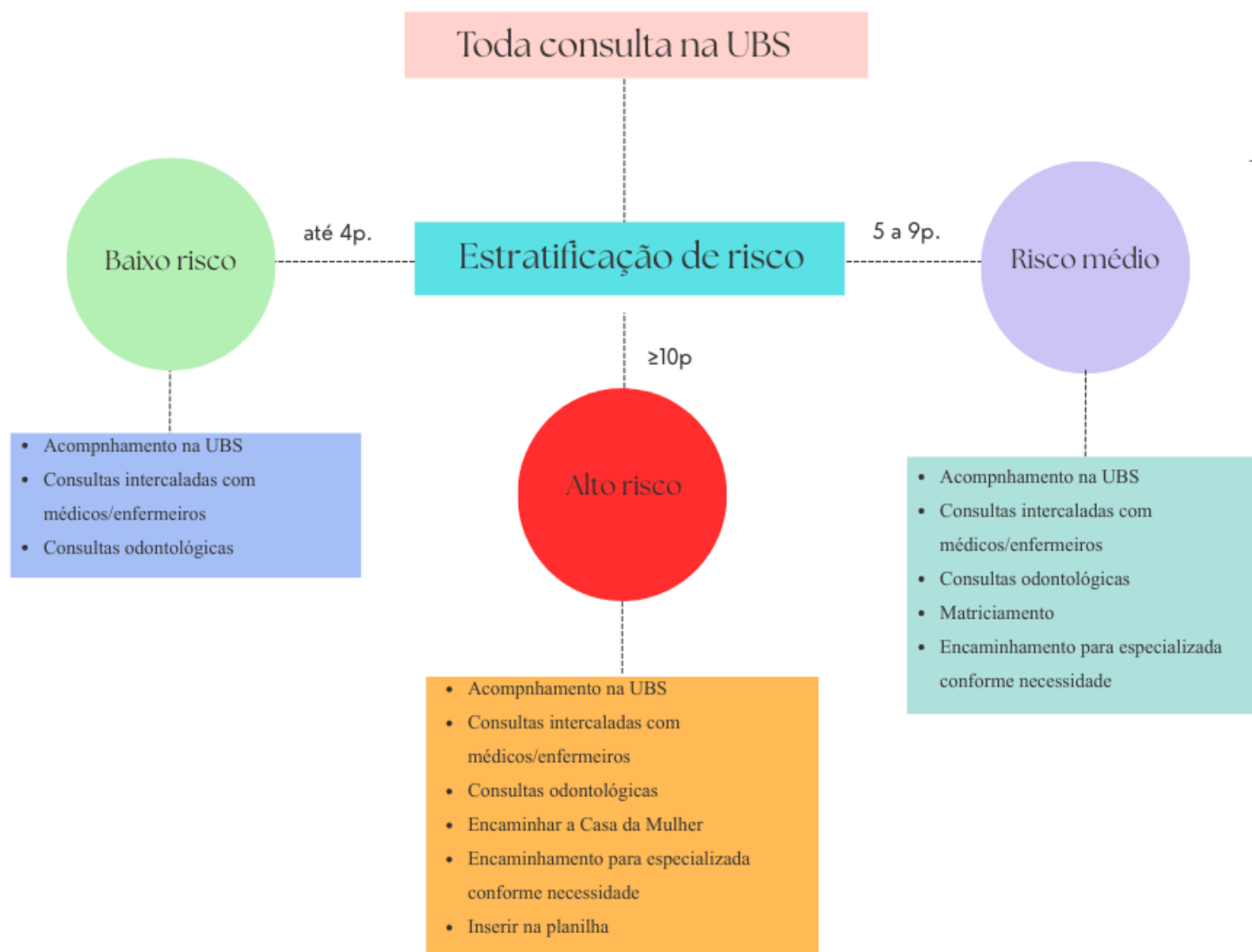
A gestante é considerada de alto risco quando apresenta condições que aumentam significativamente o risco de complicações durante a gestação, parto ou puerpério.

Essas condições são classificadas em quatro grupos:

1. Socioeconômicas e ambientais

2. Clínicas prévias à gestação
3. Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual
4. Doenças infecciosas e outras condições especiais

Cada um desses grupos possui aspectos a serem avaliados pelo profissional que geram uma pontuação, a somatória de todas elas totalizará um escore que definirá a classificação do risco gestacional (o instrumento com os aspectos a serem avaliados e pontuação encontra-se no **ANEXO 1** deste protocolo). A partir daí, deve-se seguir o fluxo abaixo:



Os casos de pré-natal de alto risco devem ser acompanhados conforme o cronograma a seguir:

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO COMPARTILHADO (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)

 PERÍODO GESTACIONAL	FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS	 LOCAL DO ATENDIMENTO	 FOCO PRINCIPAL DA CONSULTA	 RESPONSÁVEL TÉCNICO
Até 28ª Semana	Mensal	Alternado (UBS / Casa da Mulher)	Exames iniciais, vacinas e rastreamento de malformações	Enfermeiro UBS / Ginecologista especialista Casa da Mulher
28ª à 36ª Semana	Quinzenal	Alternado (UBS / Casa da Mulher)	Controle de pressão, curva de crescimento fetal e doppler	Enfermeiro UBS / Ginecologista especialista Casa da Mulher
36ª à 41ª Semana	Semanal	Casa da Mulher (com suporte da UBS)	Cardiotocografia, avaliação do líquido amniótico e plano de parto	Ginecologista especialista Casa da Mulher
Até 7º Dia Pós-Parto	Consulta Única	UBS (ou Visita Domiciliar)	Avaliação da amamentação, RN, cicatriz cirúrgica e anticoncepção	Enfermagem UBS /
Até 30º Dia Pós-Parto	Consulta Única	UBS	Encerramento do ciclo gestacional e acompanhamento do bebê	Ginecologista especialista Casa da Mulher

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

- Estratificação de risco:
 - Realizada por **médicos e enfermeiros** da UBS durante **todas as consultas de pré-natal**.
- Paciente com critério, será encaminhada:
 - Médico e enfermeiros** da UBS realizarão o preenchimento da guia de referência, que deverá conter dados clínicos, pontuação da estratificação de risco, além de resultados de exames e terapêuticas realizadas.
 - Esta guia será encaminhada à regulação que agendará no Ambulatório de Alto Risco (Casa da Mulher) para avaliação e seguimento especializado.
 - Em situações de urgência ou complicações agudas, encaminhar à Maternidade do Hospital Estadual de Francisco Morato.
- Acompanhamento Compartilhado:
 - A UBS mantém seguimento paralelo da gestante, realizando exames e apoio multiprofissional, com consultas mensais até a 28ª semana; quinzenais da 28ª até a 36ª semana; semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.
 - A Casa da Mulher emite relatórios mensais para encaminhar as UBS, além de preenchimento da caderneta, garantindo continuidade do cuidado.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do caderneta da gestante atualizada
- Resultados de exames laboratoriais e de imagem recentes
- Carta de encaminhamento detalhada com CID, história clínica e motivo do risco
- Cópia de receitas, se houver uso de medicamentos contínuos

LEMBRETES IMPORTANTES PARA ENFERMEIROS



ATENÇÃO ENFERMEIRO!





Não se esqueça de preencher adequadamente a caderneta da gestante com as informações completas e com letra legível, incluindo os resultados dos **Testes rápidos de IST**;



Em casos de **Sífilis positivo**, não esqueça de preencher a notificação e relatório de acompanhamento do tratamento, bem como preencher a planilha de sífilis do drive, realizando **busca ativa do parceiro**, quando for o caso;



Orienta a gestante quanto a **vacinação** e **avaliação odontológica**;



Em casos de gestantes com condições socioeconômicas de baixa renda, apresente o **programa Dona Cegonha** e direcione a paciente;



Indique os **grupos de gestante** da UBS, quando for o caso;



Reforce com seus **ACS** a visita e acompanhamento de suas gestantes;



Comunique-se sempre com a **equipe multi** da ubs e seu **médico da família**;



Preencha a **planilha de gestantes do drive** compartilhada com o município a cada consulta;





CUIDAR BEM DA GESTANTE É CUIDAR DE DUAS VIDAS!
Seu papel faz toda a diferença!



LEMBRETES IMPORTANTES PARA MÉDICOS



ATENÇÃO MÉDICO





*Cuidar hoje,
saúde para
toda a vida!*



Realize o **preenchimento da caderneta** a cada consulta de modo legível e completo, o mesmo vale para o **registro em prontuário**.



Consulte os **fluxos de atendimento** e **tabelas de medicamentos** no que se refere a gestantes com HAS e DM para tomar devida conduta.



Confira se a gestante realizou os **testes rápidos de IST** a cada trimestre.



Preencha a **planilha de gestantes** do Drive compartilhada com o município a cada consulta.



Comunique-se sempre com a **equipe multi** da UBS e com seu **enfermeiro da Equipe**.



CUIDAR BEM DA GESTANTE É CUIDAR DE DUAS VIDAS.
Conte sempre com a equipe!



FLUXOS DE TRATAMENTO DE HAS E DM EM GESTANTES

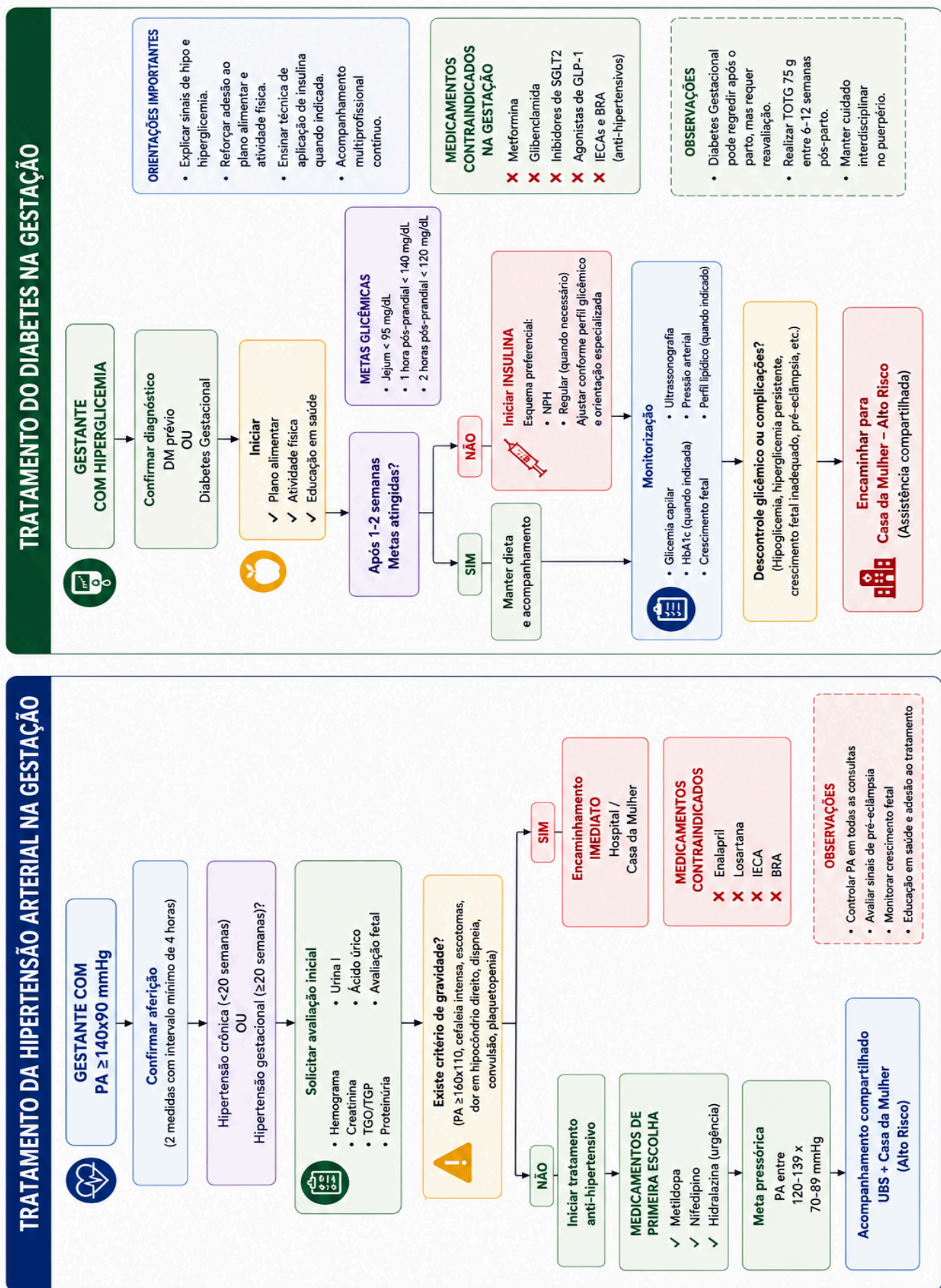


TABELA 1. ANTI-HIPERTENSIVOS UTILIZADOS NA GESTAÇÃO

MEDICAMENTO	CLASSE	DOSE INICIAL	TITULAÇÃO	DOSE MÁXIMA	VIA	PRINCIPAIS INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
 Metildopa	Agonista alfa 2 central	250 mg 8/8h	Aumentar 250–500 mg a cada 2–3 dias	3.000 mg/dia	VO	Hipertensão crônica e hipertensão gestacional	Primeira escolha na APS. Pode causar sonolência e hipotensão postural.
 Nifedipino Retard	Bloqueador dos canais de cálcio	30 mg/dia	Ajustar conforme PA	120 mg/dia	VO	Hipertensão crônica, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia sem gravidade	Preferir formulação de liberação prolongada. Não utilizar cápsula sublingual.
 Hidralazina (VO)	Vasodilatador arterial	25 mg 8/8h	Ajustar conforme resposta	200 mg/dia (VO)	VO	Hipertensão resistente	Mais utilizada em associação com metildopa ou nifedipino.
 Hidralazina (EV)	Vasodilatador arterial	5–10 mg EV	Repetir 5–10 mg a cada 20–30 min	Até controle da PA	EV	Emergência hipertensiva	Uso hospitalar.
 Labetalol*	Betabloqueador com ação alfa	100 mg 12/12h	Ajustar progressivamente	2.400 mg/dia	VO	Hipertensão crônica e emergência hipertensiva	*Quando disponível. Pouco disponível no SUS.



META PRESSÓRICA DURANTE A GESTAÇÃO:

PA entre 120–139 mmHg (sistólica) e 70–89 mmHg (diastólica).

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – SBC/2020 e Protocolo Clínico do Ministério da Saúde (Pré-eclâmpsia, 2022).

APS: Atenção Primária à Saúde | VO: Via Oral | EV: Via Endovenosa

MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO DIABETES NA GESTAÇÃO

Medicamento	Dose Inicial	Titulação	Dose máxima	Observações
 Insulina NPH	0,2 UI/kg/dia ou 10 UI à noite	Aumentar 2–4 UI a cada 3 dias conforme glicemia	Individualizado	Insulina basal de primeira escolha na APS.
 Insulina Regular	4–8 UI antes das refeições (ou conforme cálculo por peso)	Ajustar conforme glicemia pré-prandial	Individualizado	Indicado quando há hiperglicemia pré-prandial.
 Insulina Glargina (análogo disponível na REMUME)	Conversão 1:1 da NPH ou 70/30%	Aumentar 2 UI a cada 3 dias conforme glicemia de jejum	Individualizado	Pode ser utilizada em gestantes selecionadas e não tem apresentado associação, conforme protocolos institucionais.

MEDICAMENTOS PARA DIABETES NÃO RECOMENDADOS NA GESTAÇÃO

Metformina	Glibenclamida	Gliclazida	Inibidores da SGLT2	Agonistas do GLP-1	Inibidores da DPP-4
Pode ser utilizada em situações específicas conforme protocolos do serviço, mas não há dados segurança e escolha preferencial é a insulina na maioria dos casos farmacológico.	Não recomendada como primeira escolha.	 Contraindicada.	 Contraindicada.	 Contraindicada.	 Contraindicada.



PUERPÉRIO

O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisível), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres.

As consultas de puerpério são de competência do(a) médico(a) de família, enfermeiro(a) e gineco-obstetra e são fundamentais no acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal.

CONSULTAS DE PUERPÉRIO



1ª CONSULTA
Período de
7 a 10 dias
após o parto



2ª CONSULTA
Até o 42º dia
pós-parto



Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social e utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial.

OBJETIVOS DAS CONSULTAS



Avaliar interação entre mãe e RN



Avaliar as condições emocionais materna



Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN



Identificar e conduzir situações de risco e/ou intercorrências



Orientar e apoiar a família



Orientar os cuidados básicos com RN



Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva



Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação

VISITA DOMICILIAR



Visitas domiciliares são obrigatórias na primeira semana após a alta.

A ESF poderá e deverá acompanhar a puérpera desde o seu retorno da maternidade, orientando quanto aos primeiros cuidados com RN, higiene pessoal, cuidados em relação à amamentação e observando a inter-relação familiar no seu contexto.

INDICADORES (INDICADOR 1.1)



(1) Ter pelo menos 01 (um) registro de consulta presencial ou remota realizada por médico(a) ou enfermeiro(a) durante o puerpério.



(1) Ter pelo menos 01 (uma) visita domiciliar realizada por ACS/TACS durante o puerpério.

UM OLHAR ATENTO!



A morbimortalidade materna e neonatal é preponderante nas primeiras semanas após o parto. Um cuidado integral e o envolvimento de todas(as) os(as) profissionais corrobora para a qualidade de saúde do binômio, prevenindo riscos presumíveis.



O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos.



CONDUTAS NA CONSULTA DE PUERPÉRIO

VERIFICAR NO CARTÃO DE PRÉ-NATAL E DA CRIANÇA:

- ✓ Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- ✓ Atendimento ao parto e ao RN;
- ✓ Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- ✓ Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, comorbidades, sensibilização Rh.



ANAMNESE: identificar as queixas principais.

AVALIAR: aleitamento materno; alimentação, sono e atividades físicas; condições psicossociais, emocionais (atenção para depressão puerperal + situações de vulnerabilidade social); dor, fluxo vaginal, sangramento, condições das mamas. Avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se existiu.



- ◆ Exame ginecológico: observar loquiação, lacerações, equimoses, edemas, incisão de episiotomia na vagina, vulva e perineo.
- ◆ Avaliar mucosas;
- ◆ Avaliar as mamas;
- ◆ Avaliar os MMII: varizes, edema, sinais de flebite;
- ◆ Avaliar sinais vitais;
- ◆ Anotar os dados da consulta no prontuário.

ORIENTAÇÕES NO PUERPÉRIO

- ✓ Aleitamento Materno Exclusivo: incentivar e apoiar a puérpera e família. Detecção precoce de sinais de desmame precoce para evitar complicações. Atentar para contraindicações.
- ✓ Alimentação saudável: atentar para ingestão hídrica, atividade física; atividade sexual.
- ✓ Higiene: sono e repouso.
- ✓ Contracepção pós-parto.
- ✓ Cuidados com as mamas; cuidados com o RN.
- ✓ Direitos da mulher (sexuais, reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- ✓ Prevenção do DST/AIDS.



CONSULTAR E PREENCHER A CADERNETA DA CRIANÇA

que é entregue à puérpera na maternidade, através dela o profissional se certifica da realização de todas as condutas tomadas no parto e dados pertinentes, bem como a realização e possível alteração das triagens neonatais (testes do pezinho, olhinho, coraçãozinho, orelhinha e linguinha), realização e registro de vacinas e dados de RN e mãe no ato do parto e alta da maternidade.

OBSERVAR no exame físico do RN frênulo lingual e caso detecte alteração e/ou dificuldade na amamentação em decorrência disso, acionar e articular atendimento com o dentista da Unidade.

CONSULTA PUERPERAL DO 30º AO 42º DIA

Seguir roteiro da primeira consulta, atentar para a anticoncepção no puerpério e encerrar prontuário eletrônico, em sistema.



Os enfermeiros da APS devem estar atentos e controlar as agendas compartilhadas com as maternidades de referência do município para garantir o cumprimento da primeira consulta pós-parto dentro desses padrões e preencher informações pertinentes.

ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO

Os métodos contraceptivos devem ser oferecidos ao recém-nascido e a mulher pode voltar a ser o mais precoce possível, em torno de 40 dias pós-parto. Dentre os métodos indicados e disponíveis na rede, estão:

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL DE PROGESTÓGENIO



Noretisterona 0,35 mg

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL



Medroxiprogesterona 150 mg

Utilizada principalmente no pós-parto, pois não altera a produção de leite materno e, quando utilizada antes, entre dois e seis meses pós-parto, não deve ocorrer interrupção do aleitamento.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL COMBINADO



Se não estiver amamentando ou se o aleitamento estiver em risco antes dos 6 meses.

IMPLANON (IMPLANTE)



O implante pode ser inserido até 25 dias após o início da menstruação, desde que não haja gravidez. Não apresenta interferência no aleitamento ou no desenvolvimento do bebê.

DIU



Logo após o parto na maternidade ou em consultas posteriores.

PRESERVATIVO MASCULINO OU FEMININO



Indicar o uso do preservativo desde o primeiro mês de vida sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- SÃO PAULO (SP). Protocolo de Encaminhamento para Pré-natal de Alto Risco. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2020.
- SÃO PAULO (SP). Protocolo – Encaminhamento – Obstetrícia – Pré-natal de Alto Risco. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, [s.d.].
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SC). Diretoria de Atenção Primária   Saúde. Instrumento de estratificação de risco gestacional. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2. edição maio 2022. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/SIM/Documentacao/instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional.PDF>
- SOROCABA (SP). Protocolo Municipal do Pré-natal de Alto Risco. Sorocaba: Secretaria Municipal de Saúde, 2024.

ANEXO 1- INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTAÇÃO

1 Condições socioeconômicas e ambientais

Situações que interferem na adesão ao pré-natal, no acesso a serviços e na segurança materno-fetal.

Condição	Pontuação	Características
Idade <15 anos	2	● Todos os casos
Idade >40 anos	2	
Condições sociodemográficas desfavoráveis	1	● Gestante em situação de rua ou imigrante, renda mensal menor que um salário mínimo, cadastrada no CRAS ● Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	2	● Uso abusivo de álcool e outras drogas *Compartilhar com CAPS
Risco psicossocial e obstétrico significativo	2	● Não aceitação da gestação ● Ideação suicida ● Indícios de violência doméstica ou de gênero *Compartilhar com CAPS, CRAS, CREAS, Fundo social e Projeto Guardiã Maria da Penha

2 Condições clínicas prévias à gestação

Descrição: Doenças maternas pré existentes que aumentam o risco de complicações gestacionais.

Condição	Pontuação	Características
Hipertensão arterial descompensada	10	● hipertensão crônica com: -lesão em órgão alvo -hipertensão grave (PA sistólica $\geq$ 160 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência;

		-hipertensão leve a moderada (PA sistólica $\geq$ 140 a 159 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 90 a 109 mmHg) em uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; -suspeita de hipertensão secundária;
Diabetes mellitus (tipo 1 ou 2) *	10	•necessidade de tratamento farmacológico e não obtendo controle glicêmico adequado; •gestante com hipertensão crônica descompensada associada.
Anemia grave	10	•gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; • hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; • hemoglobina $\geq$ 8 g/dl e < 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias, se anemia ferropriva); • hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia. *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Doença tireoidiana	10	•suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou •Paciente com hipotireoidismo primário usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina sem controle adequado. •diagnóstico de hipertireoidismo franco ou hipertireoidismo subclínico,

		afastada tireotoxicose gestacional transitória *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Doença cardiovascular	10	• IC congestiva (NYHA III e IV) • Cardiopatias cianóticas e isquêmica • Hipertensão pulmonar • Estenose mitral moderada a grave • Estenose aórtica significativa • Próteses valvares • Arritmias complexas e sintomáticas • Miocardiopatias • Doença cardíaca congênita em atividade *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Doenças autoimunes	10	• LES ativo • Nefrite lúpica • História de perdas gestacionais relacionados ao LES • Uso de imunossupressores • Artrite reumatóide com limitação funcional • Síndrome antifosfolípide • Esclerose sistêmica • Dermatomiosite/ polimiosite • Doença de Behçet • Vasculites *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Doença renal crônica (nefropatia)	10	• DRC estágios 3,4 ou 5 • Proteinúria significativa (>300mg/24h) • DRC com hipertensão

		• História de transplante renal • Paciente em hemodiálise** *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista **Solicitar referencia / contra referencia ao Centro de Hemodiálise o qual a paciente acompanha
Obesidade e transtornos alimentares	2	• IMC ≥ 40
	2	• Baixo peso no início da gestação (IMC < 18)
	2	• Transtornos alimentares (bulimia, anorexia)
	10	• Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista *Compartilhar com nutricionista
Epilepsia, uso de anticonvulsivante, lesões no sistema nervoso	10	• Histórico de crises convulsivas nos últimos 12 meses • Crises durante a gestação • Uso medicamentos teratogênicos: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio e ácido valproico • Histórico de mal epilético prévio

		●Comprometimento comportamental/cognitivo ● Tumores cerebrais ● Lesões vasculares prévias: AVC ● Malformação cerebral ● Neurocisticercose ativa *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Uso crônico de anticoagulantes	10	●Uso de anticoagulantes injetáveis e orais *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Doença hematológica	10	●Doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Pneumopatias grave	10	●DPOC descompensada ●Asma descompensada *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Hepatopatias crônicas	10	●Hepatites virais ●Cirrose *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista

Doença psiquiátrica grave	10	• Psicose • Depressão grave *Compartilhar com CAPS
Passado obstétrico	2	• Dois abortos consecutivos ou três não consecutivos
		• Prematuridade na gestação anteriores
		• Mais de um parto prematuro (<36 semanas)
	2	• Restrição de crescimento intrauterino na gestação anteriores
	10	• Natimorto sem causa determinada
	2	• Incompetência istmo cervical
	10	

	10	Isoimunização RH
	5	●Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI
	10	●Psicose puerperal
	10	●Transplante
	5	
	2	●Acretismo placentário

***Obs.:** Paciente com o diagnóstico prévio de DM que, dessa forma serão acompanhadas na Casa da Mulher, deverão solicitar glicosímetro via protocolo na Casa da Mulher.

3 Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

Condição	Pontuação	Características
Doença hipertensiva da gestação/ pré-eclâmpsia	10	• PAS$\geq$140mmHg e/ou PAD$\geq$ 90mmHg com ou sem proteinúria aferida em 2 momentos diferentes, com intervalo mínimo de 4 horas identificada após 20 semanas de gestação em mulheres com PA previamente normal em tratamento na UBS com refratariedade após 2 semanas
DMG	10	• DMG não compensada após estabelecido dieta durante 2 semanas**
ITU	10	• Infecção urinária de repetição (3x ou mais) ou infecção urinária alta
Cálculo renal	10	• Confirmada obstrução *Compartilhar com CEME, para agendamento do especialista
Restrição de crescimento fetal (RCF)	10	• crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), após avaliação em emergência obstétrica
Oligoâmnio / Polidrâmnio	10	• oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5 cm ou bolsão < 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica; ou • polidrâmnio (ILA $\geq$ 24 cm ou bolsão $\geq$ 8 cm)
Alterações placentárias	10	•placenta prévia completa (oclusiva total), independente da idade gestacional; ou •placenta prévia oclusiva parcial (com implantação baixa) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou •acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre cicatriz de cesariana prévia); ou • inserção velamentosa do cordão ou vasa prévia.
Malformação fetal / arritmia fetal	10	•evidência ecográfica de fetos com malformações congênitas maiores ou sugestivas de prováveis

		doenças genéticas (microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, etc); ou ecografia obstétrica realizada entre 11 a 13+6 semanas com translucência nuchal acima do percentil 95 para idade gestacional conforme o comprimento cabeça-nádega
Isoimunização RH	10	Gestantes Rh-negativo já sensibilizadas

****Obs.:** Paciente com glicemia alterada que necessitem de aferição de glicemia capilar, sem estar fazendo uso de insulina, deverão solicitar glicosímetro via protocolo na Assistência farmacêutica localizada no prédio da Prefeitura. Já as pacientes com o diagnóstico confirmado de DMG deverão solicitar glicosímetro via protocolo na Casa da Mulher.

4 Infecções

Condição	Pontuação	Características
Sífilis ativa	10	- gestante com insucesso terapêutico/suspeita de neurosífilis assintomática (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e das parcerias sexuais, com penicilina benzatina); ou - achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.
Hepatite B / C	10	- gestante com hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B; ou - gestante com hepatite C confirmada por carga viral do vírus C. *Devem ser encaminhadas ao CTA
Toxoplasmose	10	Suspeita de Toxoplasmose aguda : IgM positivo e IgG negativo OU IgM positivo e IgG positivo
Citomegalovirose / Rubéola / Parvovirose	10	Suspeita de infecção aguda sorologia com IgM e IgG reagentes

Dengue, Zika, Chikungunya	5	• Casos confirmados
Tuberculose ativa / Hanseníase	10	• Tuberculose ativa pulmonar e extrapulmonar • Infecção confirmada de Hanseníase e/ou suas complicações (Reações hansênicas, neurite, recidivas, uso de altas doses de corticoides)
HPV / Condiloma extenso	10	•condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²); ou •condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.
HIV positivo	10	• diagnóstico de HIV /AIDS *Devem ser encaminhadas ao CTA