



CUIDADO INTEGRAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cidade Ocidental - Goiás

SUS | Atenção Primária

# Guia Clínico Pré-Natal Baixo Risco

Apoio à Prática Clínica de Médicos e Enfermeiros

Protocolos e Fluxos Atualizados

Projeto de Educação Permanente em Saúde

## DADOS TÉCNICOS

### EQUIPE GESTORA

Luiz Gonzaga Viana Filho  
**Prefeito Municipal**

Alessandro Fernandes de Oliveira  
**Secretário Municipal de Saúde**

Suane de Sousa Feitosa  
**Subsecretária Municipal de Saúde**

Marcela Leal Matos Eustáquio  
**Superintendente Executiva de Estratégia de Saúde da Família**

Eliane de Paiva Chagas  
**Superintendente Executiva de Vigilância em Saúde**

Lucilene Leal de Alencar  
**Coordenadora Geral de Serviços da Atenção Básica**

Leonardo de Assis Pinto  
**Coordenador Executivo do Serviço de Verificação de Óbitos**

Letícia Guiomar Silva Monteiro  
**Coordenadora Executiva de Imunização**

Marta Maria Brito da Silveira  
**Assessora Executiva da Saúde Odontológica**

Valéria Cardoso Vieira Rosa  
**Coordenadora Executiva de Educação Permanente e Continuada**

### EQUIPE DE ELABORAÇÃO

<b>Setor de elaboração</b>	Atenção Básica
<b>Ano de publicação</b>	2026
<b>Versão</b>	1
<b>Responsáveis Técnicos</b>	Elaboração: Enf. Letícia Guiomar Silva Monteiro
	Revisão: Enfs. Lucilene Leal, Marcela Leal e Valéria Cardoso

## **SOBRE O GUIA**

---

Este Guia Clínico Prático tem como finalidade orientar os profissionais da Atenção Primária à Saúde na condução do pré-natal de baixo risco, com base nas diretrizes mais recentes do Ministério da Saúde, BVS e protocolos nacionais e municipais vigentes. O material foi elaborado para apoiar a prática assistencial cotidiana, promovendo cuidado seguro, qualificado e humanizado à gestante.

O pré-natal na APS deve ser compreendido como um processo contínuo e longitudinal, voltado à promoção da saúde materna e fetal, à prevenção de agravos e à identificação precoce de riscos. A abordagem adotada neste guia considera a gestante como sujeito de direitos, respeitando sua autonomia, contexto social e necessidades individuais.

Trata-se de um instrumento de apoio técnico, destinado a subsidiar decisões clínicas, organização do cuidado e articulação com a rede de atenção, sem substituir o julgamento profissional nem os protocolos locais.

## SUMÁRIO

---

1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO
2. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL
3. CAPTAÇÃO PRECOCE
4. CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL
5. CALENDÁRIO DE CONSULTAS
6. GESTÃO DO CUIDADO
7. PRÉ-NATAL DA PARCERIA
8. ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA
9. CONSULTAS SUBSEQUENTES
10. EXAMES LABORATORIAIS E USG
11. SUPLEMENTAÇÃO E PREVENÇÃO
12. SEGURANÇA MEDICAMENTOSA
13. ESQUEMA VACINAL
14. PROFILAXIA DA ISOIMUNIZAÇÃO RH
15. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
16. SEGURANÇA ALIMENTAR E DICAS
17. MANEJO DE HAS E DM
18. TRANSMISSÃO VERTICAL DURANTE A GESTAÇÃO
19. SAÚDE MENTAL
20. SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO
  - a. 20.1. CONDUTA PROFISSIONAL
21. AMAMENTAÇÃO: DESCONSTRUINDO MITOS
22. SINAIS DE ALERTA E PARTO PREMATURO
23. VINCULAÇÃO À MATERNIDADE
24. DIREITOS DA GESTANTE
25. O MOMENTO DO PARTO
26. PUERPÉRIO
  - a. 26.1. CONSULTA PUERPERAL
27. INDICADORES E REGISTRO QUALIFICADO
28. REFERÊNCIAS

# 1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

**Objetivo Clínico:** Diferenciar sinais subjetivos de certeza absoluta para iniciar o acompanhamento legal e assistencial.

## Sinais e Sintomas (Classificação MS)

Classificação	Achados Clínicos
<b>Sinais de Presunção</b> (Sistêmicos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso menstrual (amenorreia).</li> <li>• Náuseas, vômitos, tonturas.</li> <li>• Polaciúria (aumento frequência urinária).</li> <li>• Mastalgia e ingurgitamento mamário.</li> </ul>
<b>Sinais de Probabilidade</b> (Uterinos/Vaginais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sinal de Hegar:</b> Amolecimento do istmo uterino.</li> <li>• <b>Sinal de Goodell:</b> Amolecimento do colo uterino.</li> <li>• <b>Sinal de Chadwick:</b> Coloração violácea da vulva/vagina.</li> <li>• Aumento do volume abdominal.</li> </ul>
<b>Sinais de Certeza</b> (Fetais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ausculta de BCF:</b> Sonar (&gt; 10-12 sem) ou Pinard (&gt; 20 sem).</li> <li>• <b>Movimentos fetais:</b> Percebidos pelo examinador (&gt; 18-20 sem).</li> <li>• <b>Sinal de Puzos:</b> Rechaço fetal ao toque vaginal.</li> </ul>



### Testes Laboratoriais:

- **Beta-hCG Urina (TR):** Detecta após atraso menstrual.
- **Beta-hCG Sérico:** Positivo se > 25 mUI/mL. (Repetir em 48h se inconclusivo).

## 2. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

### 1. Pela Data da Última Menstruação (DUM)

Método de escolha se a DUM for certa e regular.

#### Regra de Nägele (Cálculo da DPP)

Estimativa para 40 semanas de gestação.

DIA DA DUM

**+ 7**

MÊS DA DUM

**- 3**

(ou +9 se Jan/Fev/Mar)

ANO

**+ 1**

(se virar o ano)

**Exemplo:** DUM 13/09/2024

Dia (13+7=20) | Mês (09-3=06) | Ano (2025)

**DPP = 20/06/2025**

### 2. Pela Ultrassonografia (USG)

Fundamental quando a DUM é incerta ou desconhecida.

- **USG < 13 semanas (CCN):** É o método mais fiel para datar a gravidez (margem de erro  $\pm 5$  dias). **Priorizar esta data sobre a DUM se houver discordância > 7 dias.**
- **USG > 20 semanas:** Margem de erro aumenta ( $\pm 14$  a 21 dias). Menor precisão para datação.

**Dica Prática:** Utilize o disco gestacional (gestograma) ou aplicativos oficiais (S-Cal) em todas as consultas para ajustar a IG atual baseada na DUM confirmada ou USG precoce.

### 3. CAPTAÇÃO PRECOCE



#### Meta de Ouro:

Iniciar o pré-natal até a **12ª semana de gestação**.

#### Por que a pressa?

A captação precoce não é apenas burocracia. É o único momento para:

- Datar a gestação com precisão (USG precoce tem margem de erro mínima).
- Prevenir defeitos do tubo neural (Ácido Fólico é eficaz até 12 semanas).
- Tratar Sífilis/HIV a tempo de evitar a transmissão vertical.

#### Fluxo de Captação Ativa

Não espere a gestante vir. A busca ativa deve ser constante.

#### 1 Suspeita (Território)

- 1 ACS identifica atraso menstrual > 15 dias ou rumores de gravidez na visita domiciliar.

#### 2 Acolhimento (UBS)

- 2 Oferta imediata de Teste Rápido de Gravidez (TRG). **Sem agendamento prévio.**

## 4. CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

A classificação deve ocorrer na **primeira consulta** e ser reavaliada em **todas** as consultas subsequentes. O risco não é estático.

### RISCO HABITUAL (Baixo Risco)

**Características:** Sem comorbidades ou fatores de risco graves.

**Exemplos:** Idade 15-35 anos, altura > 1,45m, IMC adequado, histórico de parto normal sem intercorrências.

**Local:** Exclusivo na **APS**.

### RISCO INTERMEDIÁRIO (Alerta)

**Características:** Fatores que exigem vigilância aumentada, mas não necessariamente especialista.

**Exemplos:** Idade > 35 anos, obesidade (IMC > 30), cesárea anterior (repetida), infecção urinária de repetição, tabagismo.

**Local:** **APS** (com apoio Matricial/NASF).

### ALTO RISCO (Encaminhar)

**Características:** Doenças prévias ou condições graves atuais.

**Exemplos:** Hipertensão Crônica, Diabetes (Tipo 1/2), Doença Cardíaca, Pré-eclâmpsia grave anterior, Gemelaridade, HIV+, Sífilis Terciária.

**Local:** **Ambulatório PNAR + APS**.

## CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

### O RISCO É DINÂMICO

#### **5** Reavaliação Contínua:

Uma gestante de baixo risco pode desenvolver Pré-eclâmpsia na 34ª semana e tornar-se Alto Risco. O contrário também ocorre: uma condição aguda tratada pode estabilizar. **Nunca copie e cole o risco da consulta anterior sem reavaliar.**

### CUIDADO COMPARTILHADO

Ao identificar o Alto Risco, a gestante é encaminhada ao especialista (Atenção Secundária/Terciária), mas **NÃO** recebe alta da APS.

#### Papel da APS

- Consultas intercaladas.
- Vacinação e Curativos.
- Visita Domiciliar (busca ativa).
- Apoio ao Aleitamento.
- Fornecimento de insumos básicos.

#### Papel do Especialista

- Conduta da patologia de base.
- Ajuste medicamentoso complexo.
- Definição da via de parto.
- Solicitação de exames de alta complexidade.

#### Quando Reclassificar e Encaminhar?

Imediatamente ao detectar:

- PA  $\geq$  140x90 mmHg (confirmada).
- Glicemia de Jejum  $\geq$  92 mg/dL (início do rastreio DMG).
- Sinais de CIUR (Altura Uterina < esperado).


## 5. CALENDÁRIO DE CONSULTAS

**Objetivo Clínico:** Monitorar continuamente a gestante, aumentando a frequência conforme o risco obstétrico se eleva próximo ao termo.

### Frequência Mínima Recomendada (MS)

O Ministério da Saúde preconiza no mínimo **7 consultas**, sendo preferencialmente 2 no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 no terceiro.

- **Até 28ª Semana**  
**MENSALMENTE**  
Foco: Vínculo, exames iniciais, vacinas e monitoramento de ganho de peso.
- **Da 28ª à 36ª Semana**  
**QUINZENALMENTE**  
Foco: Rastreio de Pré-Eclâmpsia (PA), Diabetes Gestacional e crescimento fetal.
- **Da 36ª à 41ª Semana**  
**SEMANALMENTE**  
Foco: Vitalidade fetal, sinais de trabalho de parto, plano de parto.

 **Intercalação de Profissionais:**  
O cuidado ideal alterna consultas entre **Médico e Enfermeiro**. Ambos têm autonomia para solicitar exames, prescrever (conforme protocolo) e realizar o exame físico completo.

## 6. GESTÃO DO CUIDADO

### Busca Ativa (Não perder a gestante!)

Se a gestante faltar à consulta agendada:

- **Ação Imediata:** Tentar contato telefônico ou via WhatsApp institucional em até 24h.
- **Visita Domiciliar (VD):** Se não houver contato, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar VD para remarcar a consulta.
- **Risco:** O abandono do pré-natal está associado aos piores desfechos (morte materna/fetal, sífilis congênita).

### Alta do Pré-Natal?

#### ⚠️ ATENÇÃO:

A gestante **NÃO** recebe alta do pré-natal na 40ª semana. Se ela não tiver parido até a 41ª semana, deve ser **encaminhada fisicamente** para a avaliação na maternidade (indução ou avaliação de vitalidade), mas o vínculo com a APS permanece até o parto.

## 7. PRÉ-NATAL DA PARCERIA

A presença do parceiro(a) nas consultas aumenta a adesão da mulher e prepara a família para o puerpério.

### Estratégia de Envolvimento:

- ✓ **Convite formal:** Solicite a presença dele na próxima consulta.
- ✓ **Solicitar exames dele:** HIV, Sífilis, Hepatites B e C (aproveitar a oportunidade).
- ✓ **Vacinação:** Atualizar cartão do parceiro (dT, Hepatite B, Influenza).

## 8. ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

**A Consulta Mais Importante:** Reserve tempo dobrado (mínimo 30-40 min). É aqui que classificamos o risco e criamos o vínculo.

### 1. Anamnese Direcionada

- **Identificação:** Idade, cor/raça, escolaridade, profissão, estado civil.
- **Antecedentes Obstétricos:** Gestações, Partos (Vaginais/Cesáreas), Abortos (GPA). Data do último parto. Complicações anteriores.
- **Antecedentes Pessoais/Familiares:** Hipertensão, Diabetes, Gemelaridade, Câncer de mama/colo.
- **História Atual:** DUM, certeza da data, uso de anticoncepcional, sintomas atuais.

### 2. Exame Físico Geral e Especial

Item	O que avaliar
Peso / Altura	Calcular IMC inicial (fundamental para meta de ganho de peso).
Pressão Arterial	Sentada, repouso. Se $\geq 140 \times 90$ mmHg, reavaliar.
Mamas	Nódulos, tipo de mamilo (formação para amamentação).
Abdome	Altura Uterina (AU), Manobras de Leopold (se $>26$ sem), BCF.
Ginecológico	Inspeção vulvar (condilomas/lesões). Coleta de citopatológico se não estiver em dia.
Odontológico	Avaliar cáries e gengivite (risco de prematuridade). Agendar dentista.

## ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

### 3. Ações Obrigatórias na 1ª Consulta

#### **Caderneta da Gestante:**

Preencha **TODOS** os campos na frente da paciente. Risque os espaços não usados. Entregue e explique que é o documento de identidade dela até o parto.

- **Solicitação de Exames:** Kit completo 1º trimestre (ver Pág 01).
- **Testes Rápidos (TR):** Sífilis, HIV, Hepatite B e C (Realizar na hora, se possível).
- **Prescrição:** Ácido Fólico + Sulfato Ferroso (iniciar profilaxia).
- **Vacinação:** Checar cartão e prescrever o necessário (Influenza, Hepatite B, dT).

### Cálculo do IMC e Ganho de Peso

O ganho de peso ideal depende do estado nutricional inicial (IMC da 1ª consulta):

IMC Inicial	Classificação	Ganho Total Rec.
< 18,5	Baixo Peso	12,5 a 18,0 kg
18,5 - 24,9	Eutrófico	11,5 a 16,0 kg
25,0 - 29,9	Sobrepeso	7,0 a 11,5 kg
≥ 30,0	Obesidade	5,0 a 9,0 kg

Use o Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Caderneta em todas as consultas.

## 9. CONSULTAS SUBSEQUENTES

Após a primeira consulta, o foco muda para a vigilância do bem-estar materno-fetal e a detecção precoce de intercorrências. Cada fase da gestação exige um olhar específico.

### 1º TRIMESTRE (ATÉ 13S+6D)

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Cálculo e confirmação da IG (DUM/USG).
- Peso inicial e cálculo do IMC.
- PA (Rastreo de HAS crônica).
- BCF (Sonar > 10-12 semanas).

#### EXAMES & VACINAS

- Checar Kit de 1º Tri (Sífilis, HIV, etc).
- USG Obstétrica Inicial (Datação).
- Iniciar esquema Hepatite B e Tétano.

#### ORIENTAÇÕES

- Suplementação: Ácido Fólico (até 14s).
- Manejo de náuseas e vômitos.

#### Sinais de Alerta:

Sangramento vaginal, cólica abdominal forte, vômitos incoercíveis (hiperêmese).

### 2º TRIMESTRE (14S A 27S+6D)

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Ganho de peso (Gráfico Atalah).
- Altura Uterina (Gráfico).
- Movimentos Fetais (> 18-20 sem).
- PA (Queda fisiológica esperada).

#### EXAMES & VACINAS

- TOTG 75g** (24-28 sem) - Rastreo DMG.
- Repetir sorologias e urina.
- USG Morfológico (20-24 sem).
- Vacina dTpa** (> 20 sem).

#### ORIENTAÇÕES

- Iniciar Sulfato Ferroso (profilaxia).
- Preparo para o aleitamento.

#### Sinais de Alerta:

Disúria/Febre (ITU), contrações rítmicas antes do tempo, perda de líquido.

### 3º TRIMESTRE (> 28 SEMANAS)

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Frequência quinzenal -> semanal.
- PA (Rastreo Pré-eclâmpsia).**
- Edema (mãos/face = alerta).
- Manobras de Leopold (posição).

#### EXAMES & VACINAS

- 3ª bateria de exames.
- Cultura Streptococo B** (35-37s).
- Coombs Indireto (se Rh negativo).

#### ORIENTAÇÕES

- Plano de Parto e Maternidade.
- Sinais de Trabalho de Parto.

#### Sinais de Alerta:

Cefaleia/Visão turva, ausência de movimentos fetais, sangramento vivo, ruptura de bolsa.

## 10. EXAMES LABORATORIAIS E USG

### 1º TRIMESTRE

Ideal: < 12 semanas

- Hemograma
- Tipagem Sg + Fator Rh
- Glicemia em Jejum
- VDRL + Teste Rápido Sífilis
- Teste Rápido HIV
- HBsAg (Hepatite B)
- Toxoplasmose IgM/IgG
- Urina I + Urocultura
- Citopatológico (se necessário)
- **USG Obstétrica Inicial**

### 2º TRIMESTRE

Ideal: 24 a 28 semanas

- **TOTG 75g (Jejum, 1h, 2h)**
- Hemograma (Repetir)
- VDRL (Repetir)
- Teste Rápido HIV (Repetir)
- Urocultura (Repetir)
- Toxo (se suscetível)
- Coombs Indireto (se Rh-)
- **USG Morfológico (20-24s)**

### 3º TRIMESTRE

Ideal: > 30 semanas

- Hemograma (Foco Hb/Plaquetas)
- Glicemia de Jejum
- VDRL + HIV + HBsAg
- Urocultura (Tratar bacteriúria!)
- Toxo (se suscetível)
- **Cultura p/ Estreptococo B (35-37s)**
- **USG Obstétrica (Se indicação)**

#### Rastreamento de Estreptococo do Grupo B (GBS)

**Quando:** Coleta universal entre **35 e 37 semanas**.

**Como:** Swab vaginal (introito) e retal (esfíncter). Não usar espéculo.

**Conduta se Positivo:** Profilaxia antibiótica intraparto (Penicilina Cristalina ou Ampicilina) para prevenir sepse neonatal precoce.

### Ultrassonografia: O que o MS diz?

O Ministério da Saúde preconiza o uso racional. Se não houver disponibilidade para todas:

- **Prioridade 1:** USG Precoce (<13 sem) para datação.
- **Prioridade 2:** USG Morfológico (20-24 sem) para anomalias.
- **Prioridade 3:** USG Obstétrica (32-34 sem) para crescimento/placenta.

*Excesso de USG sem indicação clínica não melhora desfecho perinatal.*

## 11. SUPLEMENTAÇÃO E PREVENÇÃO

A suplementação visa suprir a demanda metabólica aumentada e prevenir desfechos adversos como anemia e defeitos do tubo neural. É indicada para **TODAS** as gestantes.

### 1. ÁCIDO FÓLICO (VITAMINA B9)

Previne defeitos do fechamento do tubo neural (espinha bífida/anencefalia).

**Dose:** 400 mcg (0,4 mg) / dia    **Início:** Pré-concepcional    **Fim:** 14ª semana

⚠ **Alto Risco (5 mg/dia):** Se histórico de filho com defeito do tubo neural ou uso de anticonvulsivantes.

### 2. SULFATO FERROSO (FERRO ELEMENTAR)

Profilaxia da anemia ferropriva fisiológica da gestação.

**Dose:** 40 mg ferro elementar/dia    **Início:** 20ª semana    **Fim:** 3 meses pós-parto  
(1 drágea de Sulfato Ferroso 200mg)

💡 **Dica de Adesão:** Orientar tomar com suco cítrico (Laranja/Limão) para aumentar a absorção. Evitar leite/café.

### Prevenção de Pré-Eclâmpsia (Alto Risco)

Para gestantes com fatores de risco (Histórico de PE, Hipertensão Crônica, Diabetes, Gemelar, Lúpus, Obesidade), deve-se iniciar:

#### 1. AAS (Ácido Acetilsalicílico) 100 a 150 mg/dia

**Quando:** Iniciar entre 12ª e 16ª semana. Suspender na 36ª semana.

**Efeito:** Reduz risco de PE grave e prematuridade.

#### 2. Carbonato de Cálcio 1,5 a 2,0 g/dia

**Quando:** A partir da 12ª semana até o parto.

**Indicação:** Gestantes com baixa ingestão de laticínios (< 3 porções/dia) e risco de PE.

## 12. SEGURANÇA MEDICAMENTOSA

Classificação de risco para uso racional de fármacos na gestação (FDA/Anvisa).

Cat.	Definição e Conduta
<b>A</b>	<b>Seguro.</b> Estudos em humanos não mostraram risco. Ex: Ácido Fólico, Levotiroxina.
<b>B</b>	<b>Provavelmente Seguro.</b> Sem risco em animais ou seguro em animais sem estudos humanos. Ex: Paracetamol, Amoxicilina, Insulina, Metildopa.
<b>C</b>	<b>Risco Incerto.</b> Avaliar Risco x Benefício. Risco em animais, sem dados humanos. Ex: Hioscina, Fluoxetina.
<b>D</b>	<b>Risco Comprovado.</b> Usar apenas em risco de vida materno. Ex: Fenitoína, Carbamazepina, AAS (dose alta/3º tri).
<b>X</b>	<b>Contraindicado Absoluto.</b> Teratogênico. Ex: Isotretinoína, Varfarina, Talidomida.

### AINEs (Anti-inflamatórios):

Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida e Cetoprofeno são **Classe D no 3º Trimestre**. Podem causar fechamento prematuro do ducto arterioso e oligodrâmnio.

*Opção segura para dor: Dipirona ou Paracetamol.*

## 13. ESQUEMA VACINAL

**Conceito:** A vacinação materna protege a mulher e transfere anticorpos IgG via transplacentária para o feto.

### Vacinas Obrigatórias

Vacina	Quando aplicar	Observação
Influenza (Gripe)	Qualquer IG (campanha anual).	Dose única a cada gestação (se houver campanha).
Hepatite B	Iniciar o quanto antes (0, 1, 6 meses).	Se esquema completo prévio: não revacinar.
dT (Dupla Adulto)	Completar esquema antitetânico.	Se nunca vacinou: 2 doses de dT + 1 de dTpa.
dTpa (Acelular)	<b>A partir de 20 semanas.</b>	Imprescindível a cada gestação para proteger contra coqueluche.
COVID-19	Conforme diretriz vigente.	Prioridade para vacinas de tecnologia segura (ex: Pfizer, Coronavac).

#### **⊘ Vacinas de Vírus Vivo (Proibidas):**

Tríplice Viral (Sarampo/Caxumba/Rubéola), Varicela, Dengue e HPV.

*Se vacinou inadvertidamente: Não indicar aborto, mas notificar e acompanhar morfológico.*

## 14. PROFILAXIA DA ISOIMUNIZAÇÃO RH

Para gestantes Rh Negativo com parceiro Rh Positivo (ou desconhecido).

### 1. Monitoramento (Coombs Indireto):

Solicitar na 1ª consulta e repetir mensalmente a partir de 28 semanas se o resultado for negativo.

### 2. Imunoglobulina Anti-D (Rhogam):

Indicada se Coombs Indireto for Negativo.

- **Dose Padrão (300 mcg IM):** Aplicar na 28ª semana (profilaxia antenatal) e até 72h pós-parto (se RN for Rh+).
- **Situações de Sangramento:** Aplicar também após abortamento, gravidez ectópica, amniocentese ou sangramento vaginal significativo (ameaça de aborto).

## Dúvidas Comuns

- **Febre Amarela:** Contraindicada por ser vírus vivo atenuado. Apenas administrar se risco epidemiológico altíssimo (viagem inadiável para área endêmica) e com relatório médico.
- **Raiva Humana:** Pode ser administrada se houver exposição (mordedura de animal suspeito). O risco da doença supera qualquer risco teórico.

## 15. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

**Objetivo:** Monitorar o ganho de peso para prevenir macrossomia, diabetes gestacional e restrição de crescimento (baixo peso).

### 1. Diagnóstico Inicial (IMC Pré-Gestacional)

O ganho de peso recomendado depende estritamente do estado nutricional antes da gravidez.

IMC Inicial (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação	Ganho Total Rec.	Ganho Semanal (2º/3º Tri)
< 18,5	Baixo Peso	12,5 a 18,0 kg	0,5 a 0,6 kg
18,5 - 24,9	Eutrófico (Normal)	11,5 a 16,0 kg	0,4 a 0,5 kg
25,0 - 29,9	Sobrepeso	7,0 a 11,5 kg	0,2 a 0,3 kg
≥ 30,0	Obesidade	5,0 a 9,0 kg	0,2 a 0,3 kg

#### Gráfico de Atalah:

Utilize o gráfico disponível na Caderneta da Gestante em **todas** as consultas. O ponto deve seguir a curva ascendente do canal correspondente ao IMC inicial.

## 16. SEGURANÇA ALIMENTAR E DICAS

O foco não é "dieta restritiva", mas sim evitar riscos biológicos (bactérias/parasitas) e nutrir o desenvolvimento fetal.

✓ PREFERIR / SEGURO	✗ EVITAR / PROIBIDO
✓ Carnes, peixes e ovos <b>bem cozidos</b> .	✗ Carnes cruas ou mal passadas (Carpaccio, Kibe cru). Risco de Toxoplasmose.
✓ Leite pasteurizado e queijos curados.	✗ Leite cru (não pasteurizado) e queijos moles "de fazenda" (Minas frescal artesanal). Risco de Listeriose.
✓ Frutas e verduras <b>higienizadas</b> .	✗ Saladas cruas fora de casa (se higienização duvidosa).
✓ Água filtrada ou fervida.	✗ Peixes predadores (Cação, Espada) por excesso de mercúrio. Sushi (risco parasitário).
✓ Café descafeinado ou moderado.	✗ Alcool (Zero tolerância). Excesso de cafeína (>200mg/dia). Adoçantes com sacarina/ciclamato.

### Regra de Ouro da Higiene:

Para consumir vegetais crus, a lavagem com água não basta. Orientar deixar de molho por 15 minutos em solução de Hipoclorito de Sódio (1 colher de sopa de água sanitária para 1 litro de água) e enxaguar bem.

## SEGURANÇA ALIMENTAR E DICAS

Muitos desconfortos da gestação podem ser aliviados com ajustes simples na alimentação, reduzindo a necessidade de medicamentos.

### Enjoos e Vômitos (1º Trimestre)

- Comer pouco e várias vezes (fracionar refeições).
- Não ficar em jejum prolongado.
- Comer alimentos frios e secos (bolacha água e sal) antes de levantar da cama.
- Gengibre (chá ou lascas) ajuda a aliviar. Evitar líquidos durante as refeições.

### Azia e Refluxo (Pirose)

- Não deitar logo após comer (esperar 2h).
- Elevar a cabeceira da cama.
- Evitar: café, chá preto, chocolate, frituras, condimentos fortes e líquidos com gás.

### Constipação Intestinal

- Tríade obrigatória: **Fibras + Água + Movimento**.
- Aumentar consumo de folhas, ameixa preta, mamão, laranja com bagaço e aveia.
- Beber pelo menos 2 a 3 litros de água por dia.

### Falta de Apetite / Plenitude

- O útero comprime o estômago no final da gestação.
- Priorizar alimentos nutricionalmente densos em pequenos volumes (vitaminas de frutas, ovos, iogurte).

## 17. MANEJO DE HAS E DMG

### Hipertensão Arterial (HAS)

Principal causa de morbimortalidade materna. A aferição correta da PA é mandatória em **todas** as consultas.

#### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

**Ponto de Corte:** PA Sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou Diastólica  $\geq 90$  mmHg.  
*Deve ser confirmada com nova aferição após 15 min de repouso (sentada).*

Classificação	Definição
<b>HAS Crônica</b>	Diagnóstico <b>antes</b> de 20 semanas de gestação.
<b>HAS Gestacional</b>	Início <b>após</b> 20 semanas, SEM proteinúria.
<b>Pré-Eclâmpsia</b>	Início <b>após</b> 20 semanas + Proteinúria significativa OU Sinais de Gravidade (plaquetopenia, disfunção hepática/renal).

#### CONDUTA NA APS

- **Encaminhamento:** Todos os casos de HAS (Crônica ou Gestacional) são **Alto Risco** (PNAR).
- **Tratamento:** Metildopa (1ª linha), Nifedipino (2ª linha). **Proibidos:** IECA (Captopril/Enalapril) e BRA (Losartana).
- **Profilaxia:** AAS + Cálcio para grupos de risco (Ver Tema 4).

#### Sinais de Iminência de Eclâmpsia:

Cefaleia fronto-occipital intensa e resistente a analgésicos, escotomas (pontos brilhantes na visão), dor epigástrica ("na boca do estômago").

**Ação:** Encaminhar para Maternidade/Emergência **IMEDIATAMENTE**.

## MANEJO DE HAS E DMG

### Diabetes Gestacional (DMG)

Intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez na gestação. Aumenta risco de macrossomia e hipoglicemia neonatal.

#### RASTREIO UNIVERSAL (TOTG 75G)

**Quando:** Entre 24 e 28 semanas para todas as gestantes (se glicemia de jejum inicial < 92).

Momento	Valor de Referência (MS)
Jejum	≥ 92 mg/dL
1 Hora	≥ 180 mg/dL
2 Horas	≥ 153 mg/dL

Basta **UM** valor alterado para o diagnóstico de DMG.

#### TRATAMENTO E MONITORAMENTO

- **1ª Linha:** Dieta (fracionada, baixo índice glicêmico) + Atividade Física. Funciona em 70-80% dos casos.
- **2ª Linha (Falha da Dieta):** Insulinoterapia ou Metformina (se disponível no protocolo local).
- **Controle:** Perfil Glicêmico (Jejum e Pós-prandial) a cada 7-15 dias.

#### Quando Encaminhar?

- Diagnóstico confirmado de DMG (para PNAR ou Endócrino).
- Falha no controle glicêmico com dieta após 2 semanas.
- Sinais de macrossomia fetal ou polidrâmnio na USG.

## 18. TRANSMISSÃO VERTICAL DURANTE A GESTAÇÃO

Rastreamento obrigatório no 1º e 3º trimestres e na admissão do parto.

### SÍFILIS GESTACIONAL

Notificação Compulsória

**Diagnóstico** Teste Rápido (TR) reagente + VDRL (qualquer título). Iniciar tto com apenas 1 teste reagente.

**Tratamento** **Benzetacil (Penicilina G Benzatina)**

- Primária/Secundária/Latente recente: 2,4 mi UI (dose única).
- Latente tardia/Indeterminada/Terciária: 7,2 mi UI (3 doses de 2,4 mi semanais).

**Prevenção TV** Tratamento completo da mãe encerrado até **30 dias antes do parto**.

**Parceiro** **Tratamento Simultâneo** Testar e tratar. Se não testado, tratar presuntivamente como Sífilis Tardia (3 doses).

⚠ **Controle de Cura: VDRL Mensal. O tratamento só é adequado se houver queda de titulação ou estabilidade.**

### HIV

Risco Máximo

**Diagnóstico** Teste Rápido (TR) na 1ª consulta e no 3º tri. Se reagente, solicitar Carga Viral e Genotipagem.

**Manejo** Início imediato de **TARV** (Terapia Antirretroviral).  
*Objetivo:* Carga Viral indetectável na 34ª semana.

**Prevenção TV**

- AZT venoso no parto (se indicado).
- Via de parto conforme Carga Viral (> 1.000 cópias = Cesárea eletiva).
- **Contraindicação absoluta de amamentação** (Cabergolina p/ inibição).

**Parceiro** Testagem + Encaminhamento para PREP/PEP se discordante.

### HEPATITE B (HBsAg +)

**Manejo** Solicitar HBeAg, ALT/TGP e Carga Viral. Encaminhar ao especialista (Hepatologia/Infecção).

**No Parto** **RN deve receber nas primeiras 12h:**

1. Vacina Hepatite B
2. Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB)

**Amamentação**  Liberada se feita a profilaxia no RN.

## TRANSMISSÃO VERTICAL DURANTE A GESTAÇÃO

### HTLV (Vírus Linfotrópico)

**Diagnóstico** Sorologia (ELISA). Confirmar com Western Blot ou PCR.

**Prevenção TV** A principal via é o leite materno.

**Contraindicação absoluta de amamentação.**

Fornecer fórmula láctea.

### HEPATITE C (Anti-HCV +)

**Manejo** Não há profilaxia específica no parto (evitar procedimentos invasivos no feto). Tratamento materno geralmente após o parto.

**Amamentação**  Liberada (exceto se fissura sangrante no mamilo).

### CLAMÍDIA E GONORREIA

**Diagnóstico** Muitas vezes assintomático. Rastreamento se corrimento purulento ou cervicite.

**Tratamento** **Associação:** Ceftriaxona 500mg IM (dose única) + Azitromicina 1g VO (dose única).

**Risco RN** Conjuntivite neonatal (Oftalmia) e Pneumonia.

**Parceiro** **Tratar Sempre** Mesmo esquema da gestante.

## 19. SAÚDE MENTAL

**Alerta:** A gestação não protege contra transtornos mentais. A depressão não tratada leva ao baixo vínculo, prematuridade e problemas no desenvolvimento infantil.

### Sinais de Alerta (O "olhar" clínico)

- Choro fácil ou afeto embotado durante a consulta.
- Faltas recorrentes ao pré-natal.
- Falta de planejamento ou rejeição explícita da gravidez (após o período de ambivalência inicial).
- Histórico pessoal de depressão ou psicose.

#### Ferramentas de Rastreio:

##### 1. Perguntas-Chave (Whooley):

"No último mês, você se sentiu muitas vezes triste, deprimida ou sem esperança?"

"No último mês, você sentiu pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?"

**Se SIM em alguma:** Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) ou referenciar para Psicologia/NASF.

### Baby Blues vs. Depressão Pós-Parto

Orientar a família desde o pré-natal:

- **Baby Blues (3 a 5 dias pós-parto):** Tristeza leve, choro, hormonal. Passa sozinho.
- **Depressão (Persistente):** Tristeza profunda, insônia, culpa, rejeição ao bebê. Precisa de tratamento.

## 20. SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO

**Realidade:** A gravidez é um fator de risco para o início ou agravamento da violência doméstica. O profissional de saúde é, muitas vezes, o único vínculo de confiança da mulher.

### As Faces da Violência (Nem sempre deixa marca)

Tipo	Sinais de Alerta
Física	Hematomas em locais "estranhos" (tronco, seios, abdome), queimaduras, relatos de "quedas" frequentes.
Psicológica	Humilhação, controle excessivo, isolamento social, ameaças de tirar o bebê.
Sexual	Relação não consentida (mesmo pelo marido). Dor pélvica crônica, infecções repetidas.
Obstétrica	Desrespeito à autonomia, procedimentos sem consentimento, xingamentos durante o atendimento.

## 20.1. CONDUTA PROFISSIONAL

### 1. Acolhimento e Escuta

- Garanta privacidade absoluta.
- Não julgue ("Por que você continua com ele?").
- Valide o sofrimento ("Isso não é culpa sua", "Você não está sozinha").

### 2. Notificação Compulsória (SINAN)



#### Violência Contra a Mulher:

É de **Notificação Compulsória (SINAN)** em até 24h se houver violência sexual ou agudização grave. A notificação é sigilosa e para fins epidemiológicos e de acionamento da rede.

### 3. Fluxo de Atendimento (Violência Sexual Aguda)

Se a violência sexual ocorreu há menos de 72 horas:

- **Emergência:** Encaminhar **IMEDIATAMENTE** ao hospital de referência.
- **Profilaxia:** PEP (HIV/ISTs) e Contracepção de Emergência devem iniciadas o quanto antes (ideal < 4h, máx 72h).

## 21. AMAMENTAÇÃO: DESCONSTRUINDO MITOS

### Sobre o "Preparo das Mamas"

**Não é necessário** realizar exercícios de fricção, usar buchas ou cremes. O corpo prepara-se fisiologicamente (escurecimento da aréola, glândulas de Montgomery).

*A melhor preparação no pré-natal é a informação e a confiança.*

### Benefícios Comprovados

#### PARA O BEBÊ

- Nutrição completa até 6 meses.
- Proteção imunológica (vacina natural).
- Melhor desenvolvimento facial e da fala.
- Menor risco de obesidade e diabetes.

#### PARA A MÃE

- Redução do sangramento pós-parto.
- Retorno mais rápido ao peso pré-gestacional.
- Proteção contra câncer de mama e ovário.
- Vínculo afetivo profundo.

### Fases do Leite Materno



#### Colostro

0 a 5 dias. Amarelo, espesso. Rico em anticorpos ("1ª vacina"). Pequena quantidade ideal para o estômago do RN.



#### Transição

6 a 15 dias. Aumento de volume (apojadura). Composição intermediária.



#### Maduro

A partir de 15 dias.  
**Anterior:** Água/Açúcar (Hidrata).  
**Posterior:** Gordura (Engorda/Sacia).

**Dica de Ouro:** O bebê deve esvaziar uma mama antes de passar para a outra para receber o leite posterior (rico em gordura).

## 22. SINAIS DE ALERTA E PARTO PREMATURO

A presença de QUALQUER sinal abaixo exige avaliação imediata na Maternidade, independente da idade gestacional.



### Sangramento Vaginal

Qualquer perda de sangue vermelho vivo, com ou sem dor. Pode indicar Descolamento de Placenta ou Placenta Prévia.



### Perda de Líquido

Saída de água morna pelas pernas (rompimento da bolsa). Observe a cor: Claro (normal) ou Esverdeado (mecônio - risco fetal).



### Sinais de Pré-Eclâmpsia (Pressão Alta)

Dor forte na nuca ou na "boca do estômago", visão turva (pontinhos brilhantes) e inchaço súbito no rosto/mãos.



### Ausência de Movimentos Fetais

Se o bebê parar de mexer ou diminuir muito os movimentos (menos de 6 vezes em 1 hora após comer/deitar).

### 🕒 Trabalho de Parto Prematuro (< 37 semanas)

Fique atenta se sentir antes do tempo:

- **Cólicas rítmicas:** Dor tipo menstruação que vem e vai, ficando mais forte.
- **Dor lombar persistente:** Dor nas costas que não melhora com repouso.
- **Pressão na pélvis:** Sensação de que o bebê está "empurrando" para baixo.
- **Aumento da secreção vaginal:** Saída do tampão mucoso (gelatinoso, com raías de sangue).

## PROCURE IMEDIATAMENTE A MATERNIDADE

Não aguarde consulta na Unidade Básica (Postinho). Vá direto ao Pronto Socorro Obstétrico.

## 23. VINCULAÇÃO À MATERNIDADE

**Lei nº 11.634/2007:** Toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento prévio da maternidade na qual será realizado seu parto.

### O Papel da APS na Vinculação

A equipe de Atenção Primária não pode apenas dar "alta" do pré-natal. É dever da equipe:

- **Informar:** Explicar qual é a maternidade de referência para o bairro dela (Fluxo Regulatório Municipal).
- **Visitar:** Organizar ou incentivar a visita guiada à maternidade no 3º trimestre.
- **Registrar:** Anotar o nome da maternidade na Caderneta da Gestante (Cartão de Pré-Natal).

#### **Conceito "Vaga Zero":**

Explique à gestante: Em caso de emergência grave (ex: convulsão, sangramento profuso) onde não há tempo de ir à referência, **qualquer** maternidade do SUS deve prestar o primeiro atendimento (Lei 11.108).

## 24. DIREITOS DA GESTANTE

Garantias legais para proteger a saúde da mulher, o vínculo empregatício e o bem-estar do bebê.

### Direitos Trabalhistas (CLT)



#### Estabilidade no Emprego

Garantida desde a confirmação da gravidez (mesmo no período de experiência ou aviso prévio) até **5 meses após o parto**. A demissão sem justa causa é proibida neste período.



#### Dispensa para Consultas

A gestante tem direito a dispensa do trabalho, sem prejuízo salarial, para realizar no mínimo **6 consultas médicas e exames complementares** (Art. 392, CLT).



#### Licença Maternidade

120 dias remunerados (pode chegar a 180 dias em Empresas Cidadãs). Início pode ser até 28 dias antes do parto.



#### Pausas para Amamentar

Até o bebê completar 6 meses, a mulher tem direito a **dois descansos especiais** de 30 minutos cada durante a jornada de trabalho.

### Direitos Sociais



#### Vinculação à Maternidade (Lei 11.634)

Toda gestante tem direito de saber antecipadamente em qual maternidade terá seu parto. A equipe de saúde deve orientar essa visita no 3º trimestre.

## 25. O MOMENTO DO PARTO

A humanização não é uma escolha, é um direito garantido por lei.

### Lei do Acompanhante



#### Lei Federal nº 11.108/2005

A parturiente tem direito à presença de **1 acompanhante de sua livre escolha** durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O hospital não pode impedir ou restringir este direito.

### Plano de Parto

#### O que é?

É uma carta onde a mulher expressa suas preferências para o nascimento. Não é um contrato rígido, mas um guia para a equipe respeitar seus desejos, desde que haja segurança clínica.

#### Dicas para Elaboração:

- ✓ **Ambiente:** Deseja luz baixa? Música? Silêncio?
- ✓ **Acompanhante:** Quem será? Ele(a) vai cortar o cordão?
- ✓ **Procedimentos:** Deseja evitar episiotomia (corte no períneo) salvo se emergência?
- ✓ **Movimentação:** Deseja liberdade para caminhar, usar o chuveiro ou bola?
- ✓ **Recém-nascido:** Contato pele a pele imediato? Amamentação na primeira hora?

*\* Recomendamos escrever o plano junto com a enfermeira ou médico nas últimas consultas e levar uma cópia assinada no dia do parto.*

### Resumo Rápido dos Direitos

Situação	Direito Garantido
Filas em geral	Atendimento prioritário (Lei 10.048).
Transporte Público	Assento reservado.
Violência Obstétrica	Direito a tratamento digno, sem xingamentos, negligência ou procedimentos dolorosos sem consentimento.
Pai/Parceiro	Licença Paternidade de 5 dias (ou 20 dias em empresas cidadãs).

## 26. PUERPÉRIO

Período de intensas modificações físicas e emocionais, onde ocorre a involução uterina e o estabelecimento do vínculo e da lactação.

### IMEDIATO

1º ao 10º dia  
Maior risco de hemorragias e infecções.

### TARDIO

11º ao 45º dia  
Involução uterina e adaptação da rotina.

### REMOTO

Após 45 dias  
Retorno das funções reprodutivas (se não lactante).

### Importância do Acompanhamento

O retorno à unidade de saúde (idealmente até o 7º dia pós-alta) é crucial para prevenir complicações maternas, apoiar a amamentação exclusiva e iniciar a contracepção.

## 26.1. CONSULTA PUERERAL

O foco é a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI). O atendimento deve ocorrer, idealmente, até 7 dias após a alta da maternidade.

### Avaliação da Mulher

- **Mamas:** Avaliar presença de fissuras, ingurgitamento, mastite e sinais de pega correta.
- **Abdome:** Palpar a involução uterina (fundo uterino) e dor à palpação.
- **Lóquios:** Verificar coloração (Rubra/Serosa/Alba) e odor (fétido sugere infecção).
- **Períneo / Ferida Operatória:** Sinais flogísticos (vermelhidão, calor, dor), secreção purulenta ou deiscência de pontos.
- **Membros Inferiores:** Pesquisar edema assimétrico ou dor na panturrilha (Sinal de Homans - risco de TVP).
- **Contracepção:** Discutir e ofertar método (ex: DIU, injetável trimestral ou minipílula).

### Avaliação do Recém-Nascido

- 👶 **Peso:** Avaliar perda ponderal (até 10% é fisiológico na 1ª semana) e recuperação.
- 👶 **Icterícia:** Avaliar zonas de Kramer. Se atingir umbigo/pernas, encaminhar para Bilirrubinas.
- 👶 **Coto Umbilical:** Aspecto, odor e higiene (álcool 70%). Sinais de onfalite?
- 👶 **Vínculo e Mamada:** Observar uma mamada completa. Avaliar posição, pega e deglutição.
- 👶 **Triagem Neonatal:** Confirmar agendamento ou realização do Teste do Pezinho, Orelhinha, Coração e Olhinho.
- 👶 **Vacinação:** BCG e Hepatite B (se não feitas na maternidade).

### Sinais de Alerta no Puerpério

Febre (>38°C), sangramento vaginal excessivo (aumentando após diminuir), lóquios com mau cheiro, dor intensa na ferida operatória, dor/vermelhidão na mama com febre, tristeza profunda ou pensamentos de machucar a si mesma ou ao bebê.

## 27. INDICADORES E REGISTRO QUALIFICADO

O acompanhamento do pré-natal e puerpério segue a **Nota Metodológica C3 – Cuidado na Gestação e Puerpério**. O registro adequado no prontuário eletrônico é essencial para a qualidade assistencial e o financiamento da APS.

### BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS (INDICADOR C3)

Para alcançar a meta, a equipe deve garantir o registro de **TODAS** as etapas abaixo:

(A) 1ª consulta (presencial/remota) por médico(a) ou enfermeiro(a) até a 12ª semana.

(B) Mínimo de 07 consultas (médico/enfermeiro) durante toda a gestação.

(C) Mínimo de 07 registros de aferição de PA.

(D) Mínimo de 07 registros de peso e altura.

(E) Mínimo de 03 visitas domiciliares por ACS/TACS após a 1ª consulta.

(F) Registro da vacina dTpa a partir da 20ª semana.

(G) Exames de Sífilis, HIV, Hep B e C no 1º trimestre (solicitado + avaliado).

(H) Exames de Sífilis e HIV no 3º trimestre.

(I) Mínimo de 01 consulta de puerpério (médico/enfermeiro).

(J) Mínimo de 01 visita domiciliar puerperal (ACS/TACS).






(K) Mínimo de 01 atendimento em saúde bucal (Dentista/TSB).

## INDICADORES E REGISTRO QUALIFICADO

### O QUE NÃO PODE FALTAR NO REGISTRO

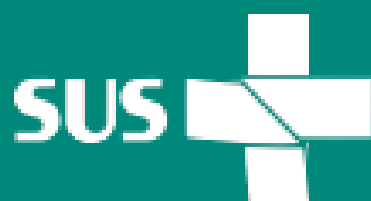
- ✓ **Profissional Responsável:** Registro com CBO correto.
- ✓ **Data e Tipo:** Atendimento presencial ou remoto.
- ✓ **Procedimentos:** Aferição de PA, Peso, Altura e Testes Rápidos.
- ✓ **Vacinas:** Lançamento correto da dTpa no módulo de vacinação.
- ✓ **Visitas Domiciliares:** Registro na ficha de visita do ACS.
- ✓ **Exames:** Campo de "Exames Avaliados" preenchido.
- ✓ **Saúde Bucal:** Consulta odontológica vinculada à gestante.

### DICAS PARA MELHORAR O DESEMPENHO

-  **Tempo Real:** Registrar no mesmo dia do atendimento.
-  **Campos em Branco:** Nunca deixar peso, altura ou PA sem registro.
-  **Vínculos:** Conferir se o cadastro está ativo na equipe.
-  **Duplicidade:** Unificar cadastros (CNS) duplicados.
-  **Multiprofissional:** Integrar agendas de ACS, Enf, Med e Odonto.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). Atenção ao pré-natal de baixo risco (1ª ed. revista). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Caderneta da gestante (8ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_gestante\\_8ed\\_rev.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_8ed_rev.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (1ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (Manual técnico). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011: Institui a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Linha de cuidado: pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/pre-natal-baixo-risco/>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). Saúde materna e atenção pré-natal. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Comunicação Social. (2024). Pré-Natal no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). Caderneta da gestante: atualização de registros e indicadores. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Indicadores de qualidade do pré-natal na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde (documento técnico disponível em bases oficiais).
- Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). Guia Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/publicacoes>
- Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). Diretrizes para vacinação de gestantes no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde (incluída nas orientações de APS).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Brasília, DF: Ministério da Saúde (relaciona ações integradas pré e pós-natal).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Saúde sexual e saúde reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica, nº 26). Brasília, DF: Ministério da Saúde (contextualiza o cuidado reprodutivo integral).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Suplementação nutricional no pré-natal (orientação técnica disponível em Biblioteca Virtual em Saúde para profissionais).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Saúde da criança: nutrição infantil – Aleitamento materno e alimentação (Cadernos de Atenção Básica, nº 23). Brasília, DF: Ministério da Saúde (apoio ao cuidado puerperal).
- Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). Cartilha de orientação sobre intercorrências frequentes no pré-natal. Brasília, DF: Ministério da Saúde (material complementar existente na BVS para APS).



**SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE**



Prefeitura de Cidade  
**OCIDENTAL**  
Nossas ruas acolhem quem chega