



PROTOCOLO CLÍNICO ESTADUAL DA
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**PROTOCOLO CLÍNICO ESTADUAL DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE
RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

LINHA DE CUIDADOS: Materno-Infantil

ARACAJU/SE
2025



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**PROTOCOLO CLÍNICO ESTADUAL DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE
RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

O presente protocolo é um documento de análise e objetiva auxiliar a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil do Estado de Sergipe, para subsidiar a sua organização e funcionamento.

**ARACAJU/SE
2025**

GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

Fábio Cruz Mitidieri

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

José Macedo Sobral

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

Cláudio Mitidieri Simões

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Beatriz de Lira Panza

COORDENADORA DE REDE

Bianca Fernanda Evangelista

DIRETORA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Neuzice Oliveira Lima

REFERÊNCIA TÉCNICA NA SAÚDE DA MULHER DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Kelly Bianca Batalha Costa

REFERÊNCIA TÉCNICA NA SAÚDE DA MULHER DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Elline Alves Dantas

Lívio Marcos Teles da Rocha

Maria Ademilda Silva Bernardo

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Juliana Santos Oliveira

UNIDADE GESTORA - PROREDES SE

Kátia Solange Pacheco Andrade Santos Valença

VALIDAÇÃO

Elline Alves Dantas

Keyla Bessa Pinto

Natanael Feitoza Santos

Paulo Henrique Freire Ribeiro de Santana

Suely Lisboa Nunes

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE-FUNESA**DIRETORA-GERAL**

Carla Valdete Fontes Cardoso

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Vitor Luís Freire de Souza

DIRETOR OPERACIONAL

Marcelo Passos Silva

SUPERINTENDENTE DE AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE

Fernanda dos Santos Trindade

COORDENAÇÃO DE GESTÃO EDITORIAL

Dagna Patricia de Souza Rodrigues Reis

REVISÃO EDITORIAL

Paloma Sant' Anna de Oliveira Mendonça

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Daniel da Rocha Silva

AUTORA

Fernanda Kelly Fraga Oliveira

CAPA

Milca dos Santos Correia

PROJETO GRÁFICO

Francielle Bispo da Invenção

DIAGRAMAÇÃO

Francielle Bispo da Invenção

Milca dos Santos Correia

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Laurides Batista Cruz

S484

Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde.

Protocolo clínico estadual da assistência ao pré-natal de risco habitual na atenção primária à saúde: linha de cuidados: materno-infantil / Secretaria de Estado da Saúde. -- Aracaju: Editora da Funesa, 2025.

54 p.: il.

ISBN: 978-85-64617-57-5

I. Pré-Natal. 2. Atenção primária em saúde. 3. Protocolo clínico estadual. I. Título.

CDU: 618.2

Elaborada por: Laurides Batista Cruz CRB-5/1424

Publicação digital - EDITORA FUNESAElaboração e informações: Travessa Manoel Aguiar Menezes, 49,
Getúlio Vargas. CEP 49055-750, Aracaju, SE - Brasil, 2025.

Sumário

Apresentação	7
Introdução	8
1 Plano de Redução da Mortalidade Materno Infantil e Fetal da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe 2022-2030 e Vinculação Materna.	10
2 Pré-natal	13
2.1 Avaliação e cuidados pré-concepcionais	13
2.2 Captação precoce da gestante na Atenção Primária	13
2.3 Estratificação de risco obstétrico	15
2.3.1 Classificação de risco psicossocial no pré-natal	18
2.4 Consulta de pré-natal	19
2.4.1 Componentes da consulta	19
2.5 Assistência durante a gravidez de mulheres lésbicas, bissexuais e pessoas transmasculinas	22
2.5.1 Amamentação para pessoas que não gestaram	23
2.6 Manejo dos sinais e sintomas comuns na gestação	23
2.7 Manejo das situações especiais da gestação na APS	24
2.7.1 Anemia	24
2.7.2 Infecção do Trato Urinário (ITU) na gestação	25
2.7.3 Síndromes hipertensivas na gestação	26
2.7.3.1 Classificação das síndromes hipertensivas na gestação	26
2.7.3.2 Prevenção e fatores de risco para pré-eclâmpsia	27
2.7.3.3 Manejo clínico da hipertensão na gestação	28
2.7.3.4 Manejo da crise hipertensiva na APS	29
2.7.4 Diabetes na gestação	30
2.7.4.1 Manejo para rastreamento e diagnóstico do diabetes	30
2.7.4.2 Controle glicêmico e manejo da hiperglicemias	31
2.7.5 Trombose Venosa Profunda (TVP)	32
2.8 Doenças infecciosas na gestação	32
2.8.1 Sífilis	32
3.8.2 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	34
2.8.3 Hepatite B	36
2.8.4 Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV)	36
2.8.5 Toxoplasmose na gestação	37
2.8.6 Tuberculose na gestação	39

2.8.7 Manejo das arboviroses na gestação	40
3 Puerpério	42
4 Aleitamento Humano	45
5 Abortamento	47
6 Violência Obstétrica	49
7 Direitos Reprodutivos das Mulheres e Gestantes	50
8 Conclusão	52
Referências	53

Apresentação

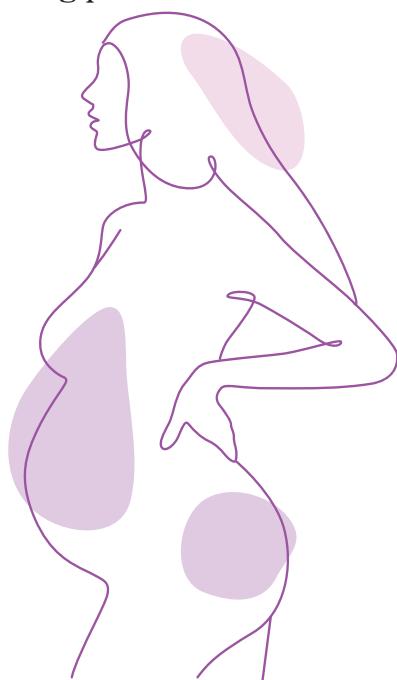
A saúde da mulher constitui uma das prioridades da atenção básica, sendo os acompanhamentos pré-natal e puerperal estratégias fundamentais para a promoção da saúde materna e neonatal. Este Protocolo de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, com vistas à qualificação da atenção à saúde das gestantes e puérperas no território sergipano.

Este documento visa nortear as ações da equipe multiprofissional na atenção básica, integrando práticas clínicas baseadas em evidências científicas e respeitando os princípios da equidade, integralidade, humanização e respeito à diversidade. A proposta é garantir uma atenção resolutiva, acolhedora e segura para gestantes, puérperas e seus respectivos parceiros (as), com atenção especial à escuta qualificada, à valorização da autonomia da mulher e à atuação intersetorial.

Além de orientar os profissionais da atenção primária sobre a sistematização das consultas, critérios de risco gestacional, prevenção e manejo de intercorrências clínicas, o Protocolo também propõe um olhar ampliado sobre temas, como: direitos reprodutivos, sexualidade, pré-natal do parceiro, práticas integrativas e complementares e a importância da articulação com serviços especializados.

Sua aplicação é estratégica para a redução da mortalidade materna e neonatal, para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e para a efetivação do cuidado centrado na mulher, considerando suas singularidades, seu contexto socioeconômico e sua trajetória reprodutiva.

Este Protocolo é um convite à reflexão e à prática de um cuidado ético, técnico e comprometido com a vida, sendo instrumento de apoio à formação contínua e à qualificação do cuidado prestado pelas equipes de saúde da atenção básica de Sergipe.



Introdução

O acompanhamento pré-natal para gestações de risco habitual visa assegurar que a gravidez transcorra da melhor forma possível, promovendo o nascimento de um bebê saudável e cuidando da saúde da mãe, incluindo seu bem-estar psicológico e social, além de oferecer educação e prevenção. O acesso ao pré-natal é um dos principais fatores que influenciam o resultado do parto. Os cuidados recebidos no primeiro trimestre da gravidez são considerados um importante indicador da qualidade do acompanhamento maternal (Viellas et al., 2014).

O início precoce do pré-natal é essencial para um acompanhamento adequado, embora haja discussões sobre a quantidade ideal de consultas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Rede Alyne recomendam um mínimo de sete consultas durante a gestação para um acompanhamento de qualidade na realização dessas consultas pré-natais e reforçam a importância de uma vigilância mais próxima e contínua para garantir melhores desfechos materno-infantis (OMS, 2018; Brasil, 2024).

A cobertura de assistência pré-natal no Brasil tem mostrado um aumento significativo ao longo dos anos. Entre 2000 e 2020, a proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas pré-natais subiu de 43,7% para 76,1%. Em 2021, cerca de 97% das gestantes receberam algum atendimento pré-natal, com 84% iniciando as consultas antes da 12^a semana de gestação (Brasil, 2024).

Apesar desses avanços, os desafios persistem, especialmente em relação às disparidades regionais e socioeconômicas. As regiões Norte e Nordeste ainda apresentam índices de cobertura inferiores em comparação com as regiões Sudeste e Sul. Além disso, fatores como a educação materna e o acesso aos serviços de saúde influenciam a quantidade e a qualidade das consultas pré-natais realizadas (Leal et al., 2019).

A pesquisa Nascer no Brasil (2011/2012) revelou que mulheres negras e pardas enfrentam maiores dificuldades no acesso e na qualidade da atenção pré-natal e ao parto em comparação às brancas. Essas desigualdades incluem maior risco de pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto. Além disso, mulheres negras recebem menos anestesia local para episiotomia. Os dados evidenciam a persistência do racismo estrutural na saúde materno-infantil e reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas para a equidade no cuidado dessas populações (Leal et al., 2017).

No Estado de Sergipe, a cobertura de atenção pré-natal tem mostrado avanços, mas ainda há desafios. Em 2023, considerando o número de nascidos vivos de 29.005, 76% das gestantes realizaram o mínimo de seis consultas ou mais, com início do pré-natal ainda no primeiro trimestre (Brasil, 2024). Esse número sugere a necessidade de intensificar os esforços para

garantir um acompanhamento mais completo durante a gestação e a intensificação da busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Com relação aos óbitos maternos, em 2023, o Estado obteve a taxa de mortalidade materna de aproximadamente 48,26 por 100 mil nascidos vivos. As atualizações da Rede Alyne visam reduzir a mortalidade materna em todo o país em 25% até 2027, sobretudo das mulheres negras em 50%. Em 2023, Sergipe registrou 423 óbitos infantis, com um coeficiente de mortalidade de 19,5, refletindo a necessidade contínua de melhorias nos cuidados pré-natais e na assistência ao parto (Sergipe, 2024).

Para enfrentar esses desafios e melhorar a saúde materno-infantil, é fundamental garantir um pré-natal de qualidade. A prevenção e o tratamento rápido dos riscos, um sistema eficiente de encaminhamento para outros níveis de assistência e um atendimento ao parto melhorado são essenciais. Práticas humanizadas, como a escolha livre do acompanhante pela gestante, um ambiente acolhedor e a adoção das melhores práticas obstétricas, são essenciais para melhorar a saúde de mães e bebês e reduzir as principais causas de morte materna e infantil, além de ser um direito da gestante (Brasil, 2012; Brasil, 2023).

A Rede Alyne, estabelecida pelo Ministério da Saúde, publicada através da Portaria nº 5.341, de 05 de setembro de 2024, é uma estratégia voltada para a atenção à saúde materna e infantil, com foco na redução da morbimortalidade, particularmente das populações mais vulneráveis, como mulheres negras, indígenas e em situação de rua. A rede busca garantir cuidados contínuos e integrados em saúde, organizados por meio de diferentes níveis de atenção, incluindo pré-natal, parto, puerpério e saúde da criança (Brasil, 2024).

Entre as diretrizes da Rede Alyne, destaca-se a promoção da equidade, observando iniquidades étnico-raciais e a promoção do vínculo entre família e bebê. O pré-natal, na Rede Alyne, deve ser iniciado preferencialmente até a 12^a semana de gestação, com, no mínimo, sete consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos. A rede também se compromete a garantir o cuidado integral à saúde bucal da gestante, bem como do rastreamento e tratamento de infecções como sífilis, HIV e hepatites (Brasil, 2024).

Portanto, este Protocolo tem como objetivo direcionar o atendimento seguindo as melhores práticas atuais, visando um atendimento humanizado, completo, em rede e com bom custo-benefício, assegurando um padrão de acesso e qualidade e destacando o impacto positivo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na melhoria da saúde materno-infantil.

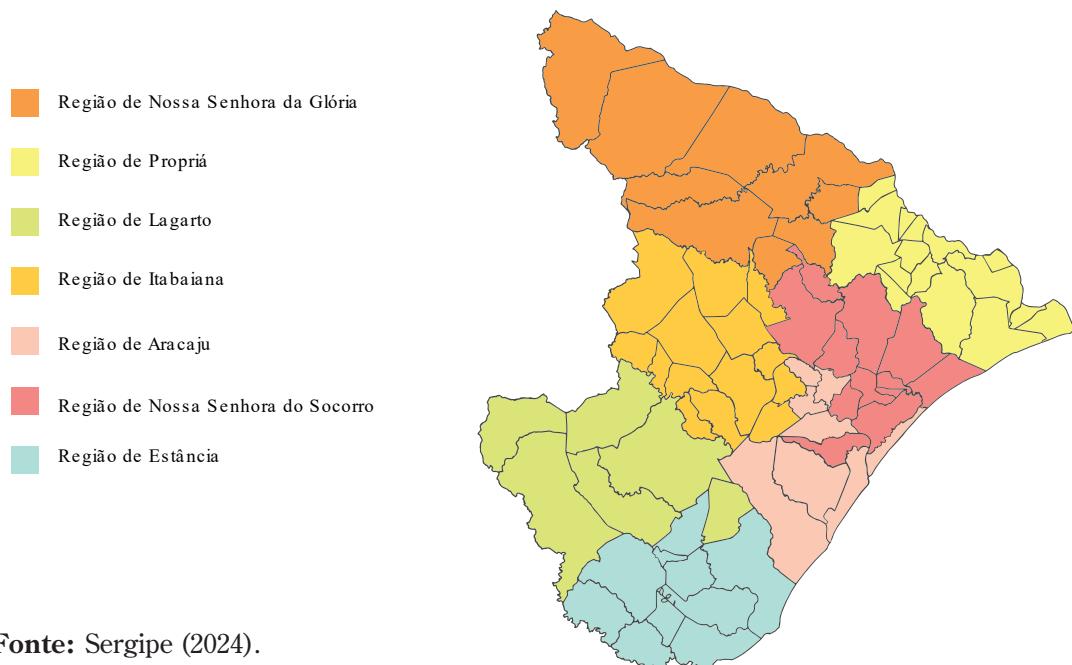
1

Plano de Redução da Mortalidade Materno Infantil e Fetal da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe 2022-2030 e Vinculação Materna.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado de Sergipe está distribuída em 75 municípios, dos quais 18 são classificados como urbanos, 11 como intermediários adjacentes e 46 como rurais adjacentes. A cobertura da APS estadual é de 96% (competência de janeiro/2025), com 754 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 09 Equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas. Além disso, existem 13 unidades de Saúde na Hora, 05 Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), 02 equipes de Consultório na Rua (eCR) e 509 equipes de Saúde Bucal (eSB), 75% de cobertura, assegurando uma cobertura abrangente de cuidados primários em todas as regiões de saúde do Estado (Sergipe, 2024).

Sergipe está dividido em 07 Regiões de Saúde e para tanto a Rede Materno-Infantil abrange todas elas, cada uma com suas especificidades e níveis de atenção à saúde, garantindo uma cobertura ampla e eficaz para reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal por meio de uma assistência segura e humanizada. Possui o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que é o centro de referência para os atendimentos de gestantes que apresentem algum fator de risco para serem encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde de Sergipe.



Fonte: Sergipe (2024).

A Rede Materna Infantil do Estado de Sergipe está composta por 09 maternidades (05 públicas e 04 filantrópicas - 02 de gestão municipal e 07 de gestão estadual), sendo 03 situadas na capital Aracaju e as outras 06 situadas nos municípios sede de cada Região de Saúde (Aracaju, Lagarto, Itabaiana, Estância, Propriá, Nossa Senhora do Socorro e Nossa Senhora da Glória), conforme sinalizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde na rede de atenção à saúde.

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	GESTÃO	NATUREZA JURÍDICA
Hospital e Maternidade Santa Izabel	0002232	Aracaju	Aracaju	Estadual	Filantrópica
Hospital da Mulher e Maternidade de Aracaju Lourdes Nogueira (HAMA)	4099206	Aracaju	Aracaju	Municipal	Pública
Hospital Regional Amparo de Maria	2423529	Estância	Estância	Estadual	Filantrópica
Hospital Regional de Glória	2421542	N. Srª da Glória	N. Srª da Glória	Estadual	Pública
Hospital Regional de Propriá	3559629	Propriá	Propriá	Estadual	Pública
Hospital Regional de Socorro	5129753	N. Srª do Socorro	N. Srª do Socorro	Estadual	Pública
Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	5714397	Aracaju	Aracaju	Estadual	Pública
Maternidade São José	2546027	Itabaiana	Itabaiana	Municipal	Filantrópica
Maternidade Zacarias Júnior	2503824	Lagarto	Lagarto	Estadual	Filantrópica

Fonte: Fluxo de acesso à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) (2023).

As maternidades em Sergipe estão classificadas como de risco habitual ou de alto risco. A Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, localizada na capital Aracaju, é a única habilitada para o atendimento de alto risco, enquanto as outras maternidades são classificadas como de risco habitual. Essas unidades desempenham uma função fundamental na redução da mortalidade materna e/ou neonatal, com garantia da qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-bebê (Sergipe, 2024).

Assim, considerando as disposições das maternidades de risco habitual e suas regiões de saúde, para auxiliar na vinculação dessas gestantes e considerando as distâncias com melhor tempo/resposta, é possível distribuir as maternidades por regiões de saúde conforme disposto no Quadro 2.

Quadro 2 - Rota materna e vinculação da gestante por região.

REGIÃO DE SAÚDE	MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	MATERNIDADE DE ALTO RISCO
ARACAJU	1ª opção: Hospital da Mulher e Maternidade de Aracaju Lourdes Nogueira (HAMA) 2ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju) 3ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 4ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 5ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância) 6ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) 7ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá) 8ª opção: Hospital Regional de Glória (N. Sra. da Glória)	Maternidade N. Sra. de Lourdes
ESTÂNCIA	1ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância) 2ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) 3ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 4ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju) 5ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 6ª opção: Hospital Regional de Glória (N. Sra. Da Glória) 7ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá)	Maternidade N. Sra. de Lourdes
ITABAIANA	1ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 2ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju) 3ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 4ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) 5ª opção: Hospital Regional de Glória (N. Sra. da Glória) 6ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância) 7ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá)	Maternidade N. Sra. de Lourdes
LAGARTO	1ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) 2ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 3ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância) 4ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju) 5ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 6ª opção: Hospital Regional de Glória (N. Sra. da Glória) 7ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá)	Maternidade N. Sra. de Lourdes
N. SRA. DA GLÓRIA	1ª opção: Hospital Regional de Glória (N. Sra. da Glória) 2ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 3ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá) 4ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) 5ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 6ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju) 7ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância)	Maternidade N. Sra. de Lourdes
N. SRA. DO SOCORRO	1ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 2ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá) 3ª opção: Hospital Regional de Glória (N. Sra. da Glória) 4ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju) 5ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 6ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) 7ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância)	Maternidade N. Sra. de Lourdes
PROPRIÁ	1ª opção: Hosp. Regional São Vicente de Paula (Propriá) 2ª opção: Hosp. Regional Gov. João Alves Filho (N. Sra. da Glória) 3ª opção: Hosp. Regional José Franco Sobrinho (N. Sra. do Socorro) 4ª opção: Hospital Santa Isabel (Aracaju); 5ª opção: Hospital e Maternidade São José (Itabaiana) 6ª opção: Hospital Amparo de Maria (Estância) 7ª opção: Hosp. e Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto)	Maternidade N. Sra. de Lourdes

Fonte: Protocolo da Rota Materna e Vinculação da Gestante, 2024.



2 *Pré-natal*

2.1 Avaliação e cuidados pré-concepcionais

A atenção pré-concepcional deve ser ofertada a todas as mulheres e/ou casais que procurarem a unidade de saúde expressando desejo de engravidar. Essa abordagem tem como objetivo identificar e reduzir riscos à saúde materna e fetal, bem como promover condições ideais para uma gestação saudável.

Entre os principais componentes da atenção pré-concepcional, destacam-se:

Quadro 3 - Cuidados pré-concepcionais.

CONSULTA E ORIENTAÇÕES GERAIS	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PREVENÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO
Oferta de consulta clínica para a mulher e parceria; Orientação nutricional, incentivo à prática de atividade física regular e cessação do tabagismo e de outras práticas prejudiciais à saúde; Educação sobre o período fértil e estratégias para reconhecimento da janela de maior probabilidade de concepção; Orientação sobre suspensão de métodos contraceptivos, respeitando os desejos e planejamento do casal.	Identificação e controle de condições clínicas preexistentes, como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, HIV, anemia falciforme, epilepsia, hipertireoidismo, entre outras; Revisão do uso de medicamentos, com orientação quanto aos riscos e substituição por fármacos seguros, se necessário; Avaliação do risco para isoimunização materno-fetal, por meio da tipagem sanguínea e fator Rh. Em gestantes Rh negativo, deve-se solicitar teste de Coombs indireto.	Suplementação com ácido fólico (0,4 mg/dia), idealmente iniciada pelo menos 30 dias antes da concepção e mantida até o final do primeiro trimestre da gestação; Verificação e atualização da situação vacinal, conforme o calendário nacional de imunizações; Oferta de testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C para a mulher e parceria.

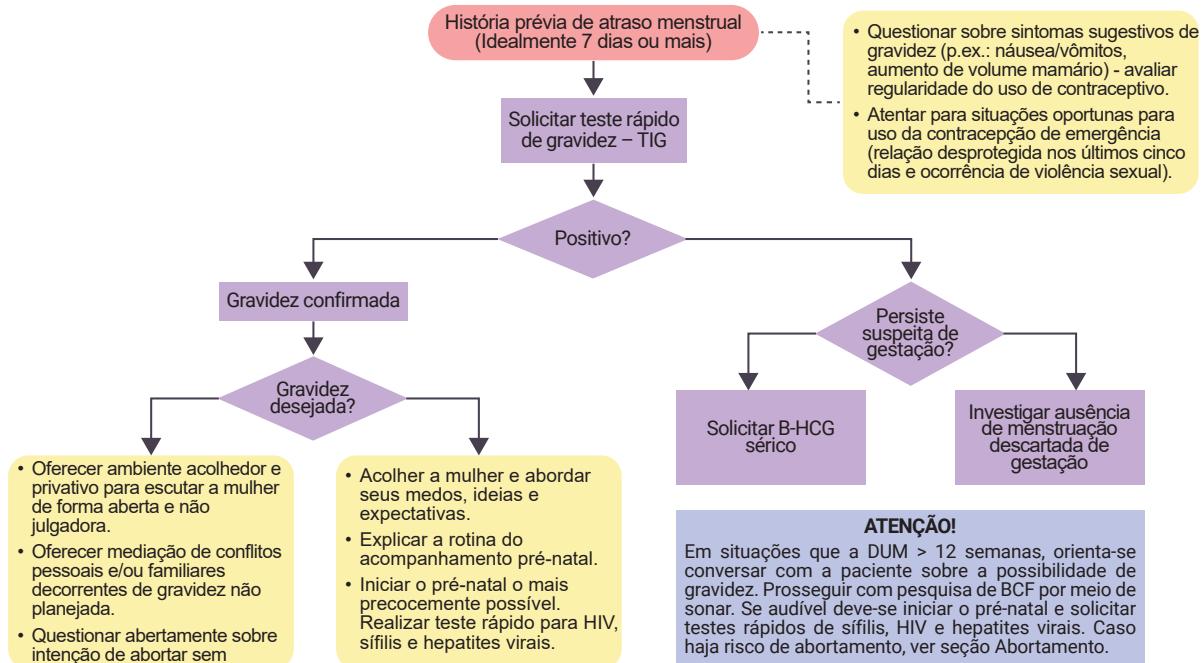
Fonte: autores, adaptado do guia rápido pré-natal (2025)

Ainda que sigam todas as orientações e realizem as avaliações clínicas necessárias, caso os casais que, após 12 meses de tentativa de concepção sem uso de método contraceptivo, não obtiverem sucesso, devem ser encaminhados para avaliação especializada em ginecologia através do Sistema de Regulação vigente, com vistas à investigação de possível infertilidade.

2.2 Captação precoce da gestante na Atenção Primária

A oferta do Teste Rápido de Gravidez (TRG) na APS representa uma importante estratégia para ampliar o acesso das usuárias aos cuidados em saúde reprodutiva e garantir a detecção precoce da gestação. Sua realização possibilita o acolhimento oportuno, com abordagem individualizada, respeitando as necessidades e singularidades de cada mulher ou casal/parceria. Caso a mulher em idade fértil apresente atraso menstrual, deve-se seguir o Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Conduta para atraso menstrual na APS.



Fonte: Brasil (2012).

Quando a gravidez não é desejada, o (a) profissional de saúde (enfermeiro (a) ou médico (a)) deve orientar de forma ética, acolhedora e livre de julgamentos, abordando principalmente os riscos relacionados às práticas inseguras de interrupção da gestação e os sinais de alerta que demandam atenção imediata (como febre, calafrios, sangramentos, dor abdominal intensa, secreção vaginal com odor fétido e sintomas urinários).

Se a gestação for resultante de violência sexual, incluindo em menos de 14 anos, o profissional, além de outras condutas, deve notificar a violência e orientar sobre os direitos reprodutivos. Para maiores informações com relação à gravidez indesejada na APS, orienta-se a leitura do material: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2024/11/CARTILHA_WEB_2024_FINAL.pdf

Em todos os casos, deve-se reforçar a importância do retorno à unidade de saúde para orientações complementares sobre contracepção, com ênfase na escolha livre e informada do método contraceptivo mais adequado à realidade da mulher ou do casal.



Leia-me!

2.3 Estratificação de risco obstétrico

A estratificação de risco obstétrico é uma ferramenta fundamental para a redução dos índices de mortalidade materna, deve ser iniciado na primeira consulta de pré-natal e revisado continuamente a cada nova avaliação. Essa prática permite que a gestante receba um cuidado proporcional às suas necessidades específicas, evitando assim a realização de intervenções desnecessárias e a utilização excessiva de tecnologia, otimizando a alocação de recursos para os casos de maior complexidade, o que resulta na melhoria dos desfechos perinatais e na racionalização dos custos do sistema de saúde (Brasil, 2022; Coutinho et al., 2021).

Os critérios utilizados para a classificação do risco gestacional são multifatoriais, abrangendo desde características individuais da mulher, como idade, estatura e índice de massa corporal (IMC), até suas condições socioeconômicas, incluindo baixa escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas. A história reprodutiva prévia, a exemplo de intervalo intergestacional curto, antecedentes de prematuridade e abortamentos, também é ponderada. Adicionalmente, intercorrências clínicas e obstétricas da gestação atual, como gravidez múltipla, ganho ponderal inadequado, patologias prévias (controladas ou não) e fatores de risco fetais, compõem a avaliação integral para a correta estratificação (Brasil, 2022; Febrasgo, 2021).

O nível de risco apurado irá definir diretamente o local onde o pré-natal será realizado. Gestantes classificadas como de risco habitual são acompanhadas na APS. Enquanto àquelas de alto risco devem ser atendidas de forma compartilhada entre a APS e a Assistência Ambulatorial Especializada (CAISM) (Quadro 4).

Para a realização do parto, nos casos de gestantes de risco habitual, devem ser direcionadas às maternidades de risco habitual instaladas na sua respectiva região de saúde (ou conforme a sequência estabelecida no Quadro 2). Nos casos de gestante de alto risco, a maternidade de referência é a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, localizada no município de Aracaju. Ao seguir a rota materna e a vinculação, assegura-se que a gestante, a puérpera e o recém-nascido (até 28 dias de vida) recebam atendimento imediato em serviços hospitalares preparados para seu nível de complexidade, evitando a peregrinação por unidades inespecíficas. É crucial ressaltar que, mesmo em casos de encaminhamento para outros níveis de atenção, a APS mantém seu papel central na coordenação do cuidado e no acompanhamento contínuo da mulher e do conceito (Brasil, 2012; Brasil, 2022).

Quadro 4 - Estratificação de risco habitual, intermediário e alto risco.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	LOCAL PREFERENCIAL DE ACOMPANHAMENTO		
	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório pré-natal de alto risco	Ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado
Características Individuais e Condições Sociodemográficas	Idade entre 16 e 34 anos. Aceitação da gestação.	Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos; Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero; Situação conjugal insegura; Insuficiência de apoio familiar; Capacidade de autocuidado insuficiente; Não aceitação da gestação; Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); Uso de medicamentos teratogênicos; Altura menor que 1,45 m; IMC <18,5 ou 30 kg/m ² a 39 kg/m ² ; Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; Uso ocasional de drogas ilícitas; Etilismo sem indicativo de dependência; Tabagismo com baixo grau de dependência; Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes; Gestante negra (cor de pele preta ou parda); Outras condições de saúde de menor	Etilismo com indicativo de dependência; Tabagismo com indicativo de dependência elevada; Dependência e/ou uso abusivo de drogas; Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥40 kg/m ² , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).
História Reprodutiva Anterior	—	Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos); Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; Insuficiência istmo-cervical; Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrossomia); Malformação fetal; Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos); Diabetes gestacional; Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidez; Infertilidade; Cesáreas prévias (2 ou mais); Intervalo interpartal <2 anos.	Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos); Aberto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada; Isoimunização Rh em gestação anterior; Acretismo placentário; Pré-eclâmpsia grave; Síndrome HELLP; Prematuridade anterior; Isoimunização Rh em gestação anterior; Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal.

(Continua)

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	LOCAL PREFERENCIAL DE ACOMPANHAMENTO		
	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório pré-natal de alto risco	Ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado
Condições clínicas prévias à gestação	Ausência de intercorrências clínicas.	Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso; Asma controlada sem uso de medicamento contínuo; Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.	Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística); Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos); Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo); Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopenica idopática, talassemia e coagulopatias; Histórico de tromboembolismo; Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves); Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolipídeo – SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses); Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicornio, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação; Neoplasias (qualquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento; Transplantes; Cirurgia bariátrica; Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); Diagnóstico de HIV/Aids prévio.
Intercorrências Clínicas /Obstétricas na Gestação Atual	Ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.	Gestação resultante de estupro; Gestação gemelar dicoriônica- diamniótica; Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal; Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal; Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo); Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina, benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples; Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático); Restrição de crescimento fetal suspeita; Feto acima do percentil 90%; Anemia leve à moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/dl).	Gestação de homens transexuais; Mola hidatiforme; Gestação gemelar monocoriônica; Gestação multifetal; Gestação por reprodução assistida; Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal; Diabetes gestacional com necessidade de insulina ou com repercussão fetal; Pré-eclâmpsia grave ou de instalação precoce (<34 semanas); Tromboembolismo na gestação; Infecção urinária de repetição: ≥3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou ≥2 episódios de pielonefrite; Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina, benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/Aids na gestação; Restrição de crescimento fetal confirmada; Desvios da quantidade de líquido amniótico; Isoimunização Rh; Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual; Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual; Anemia grave (hemoglobina <9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento; Hemorragias na gestação atual; Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas); Acretismo placentário; Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente); Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal; Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado; Outras condições de saúde de maior complexidade.

Fonte: Brasil (2024)

Caso a gestante apresente alguma condição que necessite ser encaminhada à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), maternidade de referência para gestantes de alto risco, o profissional que prestar assistência deverá seguir o fluxo descrito no Fluxo de Acesso à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes publicado no site oficial da Saúde do Estado (Sergipe, 2024).



LEIA-ME!

2.3.1 Classificação de risco psicossocial no pré-natal

A elevada prevalência de transtornos mentais no período gestacional (aproximadamente 25% das gestantes) constitui um significativo problema de saúde pública. É fundamental a presença da rede de apoio, com uma estrutura multidisciplinar capaz de oferecer o suporte integral à saúde mental materna, contribuindo para um melhor desfecho gravídico-puerperal.

Quadro 5 - Classificação de risco psicossocial, sinais e condutas.

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS	CONDUTAS
BAIXO	Pequenas perdas na autonomia de gerir a própria vida; Tristeza e angústia com presença ou não de insônia vinculadas às situações de violência comunitária e perdas (separações, mortes); Humor ansioso com dificuldades de realizar as atividades diárias; Presença de distúrbios de humor leve (choros imotivados, irritabilidade); Sintomas como alucinação e/ou delírios desvinculados de quadros de agitação e sem graves prejuízos na vida cotidiana.	Construção da direção do cuidado na APS com matriciamento em saúde mental, caso necessário.
MÉDIO	Presença de sofrimento psíquico e laços sociais ou familiares fragilizados; Histórico de tentativa de suicídio sem ideação no momento; Estado de angústia e medo intensos; Uso crônico de benzodiazepínico ou antidepressivo; Uso moderado de álcool e outras drogas.	Construção da direção do cuidado na APS com matriciamento em saúde mental e compartilhamento do cuidado com o ambulatório de saúde mental, se houver, caso necessário; ou através de consulta compartilhada via TeleNordeste.
ALTO	Presença de sofrimento psíquico intenso e laços sociais ou familiares muito fragilizados ou rompidos; Desorganização do pensamento que afete a vida cotidiana com comprometimento grave da higiene e cuidados pessoais; Quadro confusional agudo; Histórico de tentativas de suicídio e ideação suicida; Humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, conduta bizarra ou estranha; Humor gravemente deprimido; Ideias delirantes com ou sem cunho persecutório que esteja produzindo risco para si ou outros; Uso intensivo ou abusivo de álcool ou outras drogas; Gestantes que sofrem violências (sexual, física e psicológica) com intenso sofrimento psíquico.	Compartilhamento com o CAPS para construção da direção do cuidado, caso necessário; ou através de consulta compartilhada via TeleNordeste.
ALTÍSSIMO	Agitação psicomotora extrema com alteração de senso-percepção; Evidências de risco de violência para si, para o bebê ou para os outros, inclusive violência autoprovocada; Quadros de distúrbios metabólicos decorrentes de intoxicação por drogas lícitas e ilícitas.	Encaminhar à urgência psiquiátrica

Fonte: autores, adaptado do Guia rápido pré-natal (2025).

2.4 Consulta de pré-natal

O início do acompanhamento pré-natal deve ocorrer o mais precocemente possível, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional. Para gestantes de risco habitual, recomenda-se intercalar as consultas entre os profissionais médicos e enfermeiros (as), com a realização mínima de 07 consultas ao longo da gestação, com uma consulta no puerpério (Quadro 6) (Brasil, 2024).

Quadro 6 - Recomendação de periodicidade de consultas.

PERÍODO DE CONSULTA	IDADE GESTACIONAL
MENSAIS	ATÉ A 28ª SEMANA
QUINZENAIAS	ATÉ A 36ª SEMANA
SEMANAIS	DA 36ª ATÉ O PARTO
NO PUERPÉRIO, RECOMENDA-SE A PRIMEIRA CONSULTA ATÉ O 7º DIA PÓS-PARTO.	

Fonte: Brasil (2024).

2.4.1 Componentes da consulta

A primeira consulta deve iniciar com acolhimento humanizado, por meio de escuta qualificada, permitindo a criação de vínculo e a construção de um ambiente de confiança, contemplando as ações elencadas no Quadro 7.

Quadro 7 - Ações que devem ser realizadas na 1ª consulta.

AÇÕES	OBSERVAÇÕES
Cadastrar no e-SUS AB	Independentemente da existência de prontuário eletrônico ou manual.
Realizar Anamnese	Realizar exame físico completo (altura, peso, índice de massa corporal, pressão arterial, altura uterina, edema de membros inferiores); avaliar hábitos de vida, condições socioeconômicas, avaliar cartão de vacina (Quadro 8), antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento humano, história nutricional*, história de doença mental, uso de álcool e/ou outras drogas, presença de sintomas e queixas.
Determinar a Idade Gestacional (IG), colher a Data da Última Menstruação (DUM) e Data Provável do Parto (DPP)	Para a IG: somar todos os dias decorridos desde a data da última menstruação até a presente data e dividir o total por 7 — o resultado é apresentado em semanas e dias; Para a DPP baseada na DUM: usar a regra de Naegele: definir o primeiro dia e o mês da última menstruação, acrescentar 7 dias e somar 9 meses, nos meses de janeiro a março; e diminuir 3 meses, nos meses de abril a dezembro.
Solicitar exames de rotina de pré-natal	Grupo sanguíneo e fator Rh (solicitar coombs indireto se Rh negativo); hemograma; eletroforese de hemoglobina; glicemia de jejum; EAS e urocultura com antibiograma; sorologia para toxoplasmose e HTLV (IgM e IgG); ultrassonografia obstétrica (a partir da 8ª semana).
Realizar testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites virais e coleta do Protege**	Registrar todos os resultados no prontuário e caderneta da gestante. Em caso de algum reagente, deve-se realizar a notificação compulsória, prescrever tratamento, monitorar parcerias e tratá-las concomitantemente.

(Continua)

Realizar, se indicados pela faixa etária e histórico da gestante, rastreio para câncer do colo do útero	Indicado para mulheres de 25 a 64 anos; Identificar a data da última coleta; Não realizar coleta da endocérvice; Utilizar apenas a espátula de Ayres para coleta da ectocérvice.				
Prescrever suplementação	<p>Ácido fólico de 0,4mg, pelo menos 30 dias antes da concepção até a 12ª semana de gestação. Obs.: A prescrição de 5mg/dia é indicada para pacientes com trombofilias, mulheres com histórico de filho com defeito do tubo neural ou em uso de carbamazepina/ácido valpróico, devendo utilizá-lo no período pré-concepcional, mantendo-o até o final da gestação.</p> <table border="1"> <tr> <td>Ferro elementar de 40mg de forma profilática diariamente, da primeira consulta de pré-natal até o terceiro mês pós-parto, 01 hora antes do almoço.</td><td>Ingerir com alimentos ricos em vitamina C (laranja, acerola).</td></tr> <tr> <td>Carbonato de cálcio 1.250mg (equivalente a 500mg de cálcio), a partir da 12ª semana até o parto.</td><td>Ingerir 02 comprimidos ao dia, com intervalo mínimo de 2 horas do ferro suplementar.</td></tr> </table>	Ferro elementar de 40mg de forma profilática diariamente, da primeira consulta de pré-natal até o terceiro mês pós-parto, 01 hora antes do almoço.	Ingerir com alimentos ricos em vitamina C (laranja, acerola).	Carbonato de cálcio 1.250mg (equivalente a 500mg de cálcio), a partir da 12ª semana até o parto.	Ingerir 02 comprimidos ao dia, com intervalo mínimo de 2 horas do ferro suplementar.
Ferro elementar de 40mg de forma profilática diariamente, da primeira consulta de pré-natal até o terceiro mês pós-parto, 01 hora antes do almoço.	Ingerir com alimentos ricos em vitamina C (laranja, acerola).				
Carbonato de cálcio 1.250mg (equivalente a 500mg de cálcio), a partir da 12ª semana até o parto.	Ingerir 02 comprimidos ao dia, com intervalo mínimo de 2 horas do ferro suplementar.				
Realizar orientações	Aconselhamento sobre estilo de vida, alimentação e planejamento de ganho de peso; Orientar sobre o desenvolvimento do bebê no decorrer da gestação; Orientar a maternidade de referência para atendimentos emergenciais e parto (nome, endereço e telefone da maternidade de referência devem ser anotados na caderneta da gestante); Informar direitos e benefícios legais da gestante; Agendar consulta subsequente.				
Encaminhar para avaliação de saúde bucal	Deve ter pelo menos uma consulta durante o pré-natal.				
Agendar ou realizar o pré-natal da parceria	<p>Investigar fatores de risco, inclusive uso de tabaco, álcool ou outras drogas; Aferir pressão arterial, altura e peso; Solicitar exames complementares e realizar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais; Avaliar situação vacinal; História pregressa ou atual de doença mental severa e tratamento psiquiátrico; Presença de sintomas e queixas; Solicitar exames laboratoriais: grupo sanguíneo e fator Rh; hemograma; eletroforese de hemoglobina; testes rápidos para HIV, sífilis (em caso de tratamento prévio, solicitar VDRL) e hepatites B e C; demais exames individualizados em função de fatores de risco identificados.</p>				

Fonte: Brasil (2022); Guia rápido pré-natal (2025)

* Faz-se necessária a aferição do peso, altura e cálculo de IMC, ao início da gestação para avaliação do estado nutricional inicial. No decorrer da gestação, deve ser acompanhado o ganho ponderal de peso e registrado em gráfico específico. Em caso de identificação de baixo peso, sobrepeso ou obesidade, o profissional deve encaminhar a gestante para consulta com nutricionista. Na identificação de Desnutrição Materna Severa (IMC abaixo de 18 kg/m²) ou Obesidade Mórbida (IMC > ou igual 40), é necessário encaminhamento ao PNAR;

** Programa de Proteção à Gestante (Protege), desenvolvido pelo Laboratório Central de Sergipe (Lacen), unidade gerida pela Fundação de Saúde Parreiras Horta (FSPH), o programa auxilia a diagnosticar, orientar e prevenir a transmissão de doenças materno-fetal. E contempla exames de HIV, HTLV, sífilis, toxoplasmose IgM, toxoplasmose IgG, HBSAG, HCV e teste de avidez de toxoplasmose.

Quadro 8 - Calendário Vacinal da Gestante de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde para 2024.

VACINA	INDICAÇÃO	ESQUEMA	OBSERVAÇÕES
dTpa (Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto)	Proteção contra difteria, tétano e coqueluche.	1 dose a partir da 20ª semana de gestação, independente de doses de dT anteriores.	Pode ser administrada até 20 dias antes do parto; Deve ser aplicada em todas as gestações.
dT (Dupla Adulto)	Proteção contra difteria e tétano.	3 doses (se esquema não completo) ou reforço a cada 10 anos.	Reforço necessário se a última dose foi há mais de 10 anos.
Hepatite B	Proteção contra a Hepatite B.	3 doses (0, 1 e 6 meses).	Caso não tenha sido vacinada anteriormente. Se apresentar esquema incompleto, completar as doses.
Influenza (Gripe)	Proteção contra o vírus da gripe.	1 dose anual.	Administrar preferencialmente no outono, antes do início da sazonalidade do vírus.
COVID-19	Proteção contra a Covid-19.	Esquema completo conforme recomendação do Ministério da Saúde.	Recomendações podem variar conforme orientações atualizadas e variantes circulantes.
Vacina contra o vírus Sincal Respiratório	Proteção contra o Sincal Respiratório.	Dose única, por gestação, no terceiro trimestre de gestação (\geq 28 semanas de gestação), sem restrição de limite superior.	Exceto para mulheres em trabalho de parto ativo conforme recomendação do Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil (2024)

As consultas subsequentes no pré-natal são essenciais para o acompanhamento contínuo da saúde da gestante e do desenvolvimento fetal. Nessas consultas, além das ações citadas no Quadro 7, o profissional de saúde avalia a evolução da gestação, identifica e trata precocemente possíveis complicações, além de fornecer orientações sobre cuidados e hábitos saudáveis. A adesão a essas consultas é indispensável para a detecção precoce de complicações como hipertensão gestacional, diabetes gestacional e restrição de crescimento intrauterino, permitindo intervenções oportunas (Silva et al., 2018). No Quadro 9, estão listados os exames necessários para o acompanhamento do 2.º e 3.º trimestres.

Quadro 9 - Exames por trimestre no pré-natal.

2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Repetir hemograma	Hemograma (repetir)
Teste de tolerância à glicose oral 75 g (TTGO) para diagnóstico de DG entre 24ª e 28ª semana, em 3 dosagens	Glicemia de jejum (repetir, se necessário)
Anti-HIV (repetir)	VDRL (repetir)
Coombs indireto (se Rh negativo, repetir)*	Anti-HIV (repetir)
Sorologias para toxoplasmose (caso suscetível)	Hepatite B (HBsAg, repetir)
Urina tipo 1 e urocultura (repetir)	Hepatite C (anti-HCV)
VDRL (repetir)	VDRL (repetir)
Ultrassonografia obstétrica	Urina tipo 1 e urocultura (repetir)
	Ultrassonografia obstétrica final

Fonte: Brasil, 2022; Guia Rápido Pré-Natal, 2025 (adaptado).

*Se ABO RH negativo, o coombs indireto é mensal. É interessante ressaltar que existe a profilaxia com imunoglobulina anti D ainda na gestação. Para isso, a gestante deve ser encaminhada ao CAISM, entre 28 e 34^a semana de gestação, com o primeiro resultado de ultrassonografia obstétrica e com os documentos (cópia do resultado de ABO RH da gestante e do parceiro, se houver; do coombs indireto negativo; prescrição médicas em 02 vias do receituário; do RG; do cartão do SUS; laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento especial - LME - em 03 vias; e do cartão da gestante).

O pré-natal não se encerra em nenhuma etapa da gestação. A partir da 41^a semana, a gestante deve ser encaminhada à maternidade de referência para a realização do parto. É importante orientá-la sobre a primeira consulta puerperal, que preferencialmente deve ocorrer até o 7.^º dia após o parto, realizada em domicílio ou na UBS. Orienta-se que a segunda consulta ocorra até o 30.^º dia após o parto (Guia rápido pré-natal, 2025).

2.5 Assistência durante a gravidez de mulheres lésbicas, bissexuais e pessoas transmasculinas

A atenção integral às mulheres lésbicas, bissexuais e homens transexuais no pré-natal é fundamental para garantir o acesso universal, acolhimento e cuidado livre de qualquer forma de discriminação ou violência institucional. Uma das estratégias para promover equidade no SUS é integrar as necessidades específicas às políticas de saúde existentes, como a Política de Saúde da Mulher, considerando as vivências de lésbicas, mulheres bissexuais, homens transexuais e travestis.

É importante identificar se a gestação foi planejada ou não. Em caso de gestação decorrente de violência sexual, o profissional deve realizar a notificação compulsória e notificar as entidades. Deve-se reforçar o direito à livre escolha de acompanhante em todos os momentos gravídico-puerperal.

Em caso de mãe não gestante, ratifica-se o direito de gozo de licença-maternidade, equivalente à licença-paternidade de 05 dias. No entanto, é entendimento do Supremo Tribunal Federal, no Recurso Extraordinário (RE) 1211446, que caso a mãe gestante não goze por qualquer motivo à licença-maternidade, a mãe não gestante tem o direito, se celetista ou servidora, ao gozo de 120 ou 180 dias.

Aos homens trans que nasceram com o sexo biológico feminino, mas se identificam como homens, também devem ter seus direitos respeitados, acolhidos e a garantia de toda a assistência de saúde necessária.

Pessoas com útero e ovários podem engravidar de pessoas que têm sêmen, independentemente de sua orientação sexual. Deve-se orientar sobre a necessidade do uso de contraceptivos, caso não haja desejo de gravidez. Se apresentar desejo de

engravidar, é necessário suspender a hormonização (testosterona e/ou GnRH) e serem acompanhados em relação aos possíveis impactos psicológicos que podem surgir, como retorno dos sangramentos vaginais, modificação de alguns caracteres corporais.

2.5.1 Amamentação para pessoas que não gestaram

Independente de ser mulher lésbica, bissexual e pessoa transmasculina, é possível amamentar, mesmo que não tenha gestado. A abordagem deve iniciar junto ao pré-natal e a oferta dos medicamentos e estímulos seguem as orientações descritas no Quadro 10.

Quadro 10 - Orientações para pessoas com ovários e mamas que não gestaram, mas desejam amamentar.

MEDICAÇÃO OU ESTÍMULO MAMÁRIO	POSOLOGIA	
	PROTOCOLO REGULAR: MAIS DE 91 DIAS ANTES DO PARTO	PROTOCOLO CURTO: MENOS DE 90 DIAS ANTES DO PARTO
Contraceptivo hormonal combinado (> 35mcg de etinilestradiol) ou Estradiol (2mg a 8mg)	1 vez ao dia durante 4–6 meses — após suspender a medicação.	1 vez ao dia até ingurgitamento mamário — em torno de 4 semanas.
Domperidona 20mg ou Metoclopramida 10mg	1 a 4 vezes ao dia, uso contínuo.	1 a 4 vezes ao dia, uso
Estimulação mamilar com bomba eletrônica ou ordenha manual	Iniciar 4 a 6 semanas antes do parto, 3 a 8 vezes ao dia.	Após o ingurgitamento das mamas, 3 a 8 vezes ao dia.
Translactação (parte do leite é oferecido por sonda colocada junto ao mamilo)	Iniciar após o nascimento do bebê.	

Fonte: Guia rápido pré-natal (2025)

2.6 Manejo dos sinais e sintomas comuns na gestação

Alguns sinais e sintomas são comumente identificados nas gestantes, sendo a maioria deles de resolução espontânea entre 16 e 20 semanas. Ao apresentar algum deles, o profissional deve avaliar o comprometimento de saúde do binômio, orientar e prescrever os tratamentos possíveis ofertados na APS. O Quadro 11 aborda as principais situações, seus tratamentos não farmacológicos e farmacológicos.

Quadro 11 - Manejo de sinais e sintomas comuns na gestação.

SINAL/SINTOMA	MEDIDA NÃO FARMACOLÓGICA	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Pirose, náuseas e vômitos	Dar preferência às pequenas refeições e com maior frequência; diminuir ingestão de líquidos durante as refeições; preferir alimentos gelados a alimentos gordurosos, apimentados ou muito	Metoclopramida 10mg, 01 comp de 8/8h; Dimenidrato 50 mg + Piridoxina 10 mg a cada 6h (máx. 400 mg/dia); Hidróxido de Alumínio ou Magnésio: 2 a 4 comprimidos mastigáveis após refeições e ao deitar.
Constipação	Aumentar a ingestão de líquidos; consumo de alimentos ricos em fibra; dar preferência a frutas laxantes (mamão, laranja, abacate e ameixa); estimular a prática de atividade física, se não tiver contraindicação.	Supositório de glicerina
Hemorroidas	Orientar dieta rica em fibras; evitar fazer esforço evacuatório; apoiar os pés em frente ao assento sanitário; usar compressa morna no local e chá de camomila.	—
Varizes e dor nas pernas	Uso de meias elásticas sob orientação médica; evitar ficar em pé por muito tempo e repousar por 20 minutos com as pernas elevadas.	—
Dor lombar	Exercícios de alongamento; uso de sapatos baixos; massagens e aplicação de calor suave no local.	Paracetamol 500mg, 01 comp de 8/8h
Cólica/dor abdominal	Orientar repouso em posições confortáveis; aplicação de compressas mornas no abdômen; massagens suaves e banhos quentes.	Escopalamina 10mg de 8/8h

Fonte: Brasil (2022); Guia rápido pré-natal (2025)

2.7 Manejo das situações especiais da gestação na APS

2.7.1 Anemia

A anemia gestacional é uma condição comum, multifatorial e de alto impacto na saúde materno-fetal. A principal causa é a deficiência de ferro (anemia ferropriva), agravada pelas maiores exigências nutricional da gravidez. A OMS, 2021, define anemia quando a Hemoglobina < 11,0 g/dL no 1.º trimestre, e Hemoglobina < 10,5 g/dL no 2.º e 3.º trimestres.

Quando não tratada ou identificada adequadamente, podem causar prematuridade, baixo peso ao nascer, risco maior de hemorragia, infecção, comprometimento do desenvolvimento fetal e mortalidade materna/perinatal. O seu rastreio deve ser feito através da solicitação do hemograma completo nos três trimestres.

A medida profilática é a prescrição da suplementação de ferro elementar de 40mg/dia do começo até três meses pós-parto. Além disso, reforçando o consumo de carne vermelha bem passada, folhas verde-escuras e leguminosas, associados a alimentos com fonte de vitamina C (laranja, acerola, limão).

Quadro 12 - Tratamento e condutas para os tipos de anemia.

TIPO	TRATAMENTO	CONDUTA
Anemia leve à moderada	200mg/dia de Sulfato ferroso (02 comp. antes do café da manhã, 02 comp. antes do almoço e 01 comp. antes do jantar).	Avaliar a presença de parasitose e repetir o hemograma em 60 dias.
Anemia grave ou não responsiva (Hb<8g/dl)	—	Encaminhar à maternidade de

Fonte: Brasil (2022); Guia rápido pré-natal (2025).

O encaminhamento ao PNAR está indicado às doenças hematológicas: anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.

2.7.2 Infecção do Trato Urinário (ITU) na gestação

As infecções do trato urinário são complicações frequentes na gestação, afetando até 48% das mulheres ao longo da vida. Durante a gravidez, alterações hormonais, anatômicas e fisiológicas favorecem o crescimento bacteriano, especialmente pela Escherichia coli, principal agente etiológico (Freitas et al., 2023). Fatores como baixa escolaridade, condições socioeconômicas desfavoráveis e falhas no acompanhamento pré-natal aumentam o risco de ITU e suas complicações, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e aborto espontâneo (Brasil, 2022).

Os principais micro-organismos envolvidos são Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp., Enterococcus spp., Streptococcus agalactiae (Estreptococo do grupo B) e podem causar complicações maternas como pielonefrite, trabalho de parto prematuro, endometrite, sepse materna e até óbito materno. As complicações perinatais estão relacionadas às infecções perinatais, sepse neonatal, comprometimento neurológico e óbitos perinatais.

Quadro 13 - Classificação das ITUs, diagnósticos e condutas.

CLASSIFICAÇÃO	DIAGNÓSTICOS	CONDUTAS
Bacteriúria assintomática (BA)	Urocultura positiva, >100mil UFC/ml	Prescrever: Nitrofurantoína 100mg, de 6/6h por 7 dias ou; Cefalexina 500mg, de 6/6h, por 7 dias ou; Amoxicilina 500mg, de 8/8h, por 7 dias; Deve-se repetir a urocultura e antibiograma duas semanas após o tratamento; Pode ser prescrito por médicos ou enfermeiros.
Cistite aguda	Presença de sintomas urinários (disúria, polaciúria, incontinência urinária, hematúria), sem febre ou taquicardia ou dor lombar; Urocultura >100mil UFC/ml	Encaminhar ao hospital.
Pielonefrite	Comprometimento do ureter, pelve e parênquima renal; Bacteriúria positiva com sintomas sistêmicos (taquicardia, febre, dor lombar com sinal de Giordano positivo, náuseas, vômitos).	Prescrever: Nitrofurantoína 100mg ou Cefalexina 500mg, 01 comp. à noite até duas semanas após o parto.
Infecção urinária de repetição	Dois ou mais episódios na gestação, sintomáticos ou não.	

Fonte: Brasil (2022); Guia rápido pré-natal (2025).

2.7.3 Síndromes hipertensivas na gestação

As síndromes hipertensivas na gestação representam um conjunto de manifestações de origem multifatorial, com ativação inflamatória, comprometendo múltiplos sistemas e responsáveis por um número expressivo de morbimortalidade materna e perinatal. Em Sergipe, as desordens hipertensivas gestacionais ocupam a primeira causa de óbitos maternos, com 23,6% entre 2012 e 2021 (SIM/DVS, 2023).

A Hipertensão Arterial é caracterizada por níveis pressóricos de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg, confirmada em outra medida com um intervalo de quatro horas. A aferição da Pressão Arterial (PA) deve ser realizada, preferencialmente, na posição sentada, com manguito de 13 cm, no membro superior direito, na altura do coração (Brasil, 2022).

2.7.3.1 Classificação das síndromes hipertensivas na gestação

Quadro 14 - Classificação das síndromes hipertensivas na gestação.

CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO
< 20 semanas	
Hipertensão crônica	Hipertensão detectada antes da gestação ou < 20 semanas.
Hipertensão arterial essencial	Hipertensão sem causa secundária conhecida.
Hipertensão arterial secundária	Hipertensão com causa secundária conhecida (ex.: doença renal).
Hipertensão do jaleco branco	PAS \geq 140 e/ou TAD \geq 90mmHg, mensurado em ambulatório e < 135 x 85 mmHg usando monitoramento domiciliar.
Hipertensão mascarada	PAS \leq 140 x 90 mmHg mensurado em ambulatório, mas \geq 135 x 85 mmHg em localidade fora do ambulatório.
< 20 semanas	
Hipertensão gestacional	Hipertensão \geq 20 semanas na ausência de proteinúria ou outros sinais sugestivos de pré-eclâmpsia; Deve desaparecer até 12ª semana pós-parto.
Hipertensão gestacional transitória	Hipertensão \geq 20 semanas na clínica que resolve com repetição no monitoramento domiciliar.
Pré-eclâmpsia	Hipertensão \geq 20 semanas acompanhada de 1 ou mais dos achados: 1. Proteinúria; 2. Disfunção de órgão alvo: complicações neurológicas, edema pulmonar, plaquetas $<$ 150.000, Creatinina \geq 1,0 mg/dL, TGO ou TG >40; 3. Disfunção uteroplacentária: DPPNI, Desequilíbrio angiogênico, RCIU e Doppler de artéria umbilical alterado.
Hipertensão crônica em pré-eclâmpsia sobreposta	Pacientes com hipertensão crônica que desenvolvem proteinúria, disfunção de órgãos maternos ou evidência de disfunção uteroplacentária.
Eclâmpsia	Convulsão tônico-clônica generalizada ou coma que ocorra em paciente com pré-eclâmpsia (na ausência de outras causas neurológicas).
Síndrome HELLP	Pré-eclâmpsia associada à intensa hemólise (Hemolysis); comprometimento hepático (Elevated Liver Enzymes) e consumo de plaquetas (Low Platelets).

Fonte: Brasil (2022); Guia rápido pré-natal (2025)

2.7.3.2 Prevenção e fatores de risco para pré-eclâmpsia

Os fatores de risco clínicos utilizados na predição da pré-eclâmpsia são divididos em três: baixo risco, alto risco ou risco moderado. Para definir como alto risco, é necessário identificar apenas um fator, para o risco moderado, é necessário dois ou mais fatores (Quadro 15).

Quadro 15 - Fatores de risco clínico para predição da pré-eclâmpsia

RISCO	FATOR DE RISCO
Alto risco	História de pré-eclâmpsia Gestação múltipla Obesidade (IMC > 30kg/m ²) Hipertensão arterial crônica Diabetes tipo 1 ou 2 Doença renal crônica Doenças autoimunes: lúpus, SAAF Gestação decorrente de reprodução assistida (FIV)
Moderado	Nuliparidade História familiar de pré-eclâmpsia (parente de 1º grau) Idade ≥ 35 anos Intervalo > 10 anos desde a última gestação Condição sócio-econômica desfavorável Gravidez prévia com desfecho adverso relacionado a disfunção placentária (descolamento prematuro de placenta, restrição do crescimento fetal, trabalho de parto prematuro, óbito fetal)
Baixo	Parto prévio a termo sem complicações

Fonte: Korkes et al. (2025).

A pré-eclâmpsia pode ser prevenida através do uso correto de métodos comportamentais, farmacológicos e suplementação de nutrientes (Quadro 16).

Quadro 16 - Formas de prevenção para pré-eclâmpsia.

Métodos comportamentais
Orientação de alimentação balanceada, constituída por frutas, legumes, verduras e proteínas; Prática de atividade física regular, se não houver contra-indicação;
Métodos farmacológicos
Uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS), 100mg a 150mg à noite, a partir da 12 ^a semana até a 36 ^a semana de gestação
Suplementação de nutrientes
Carbonato de cálcio 1.250mg (equivalente a 500mg de cálcio), a partir da 12 ^a semana até o parto ingerir 02 comprimidos ao dia, com intervalo mínimo de 2 horas do ferro suplementar.

Fonte: Brasil (2022).

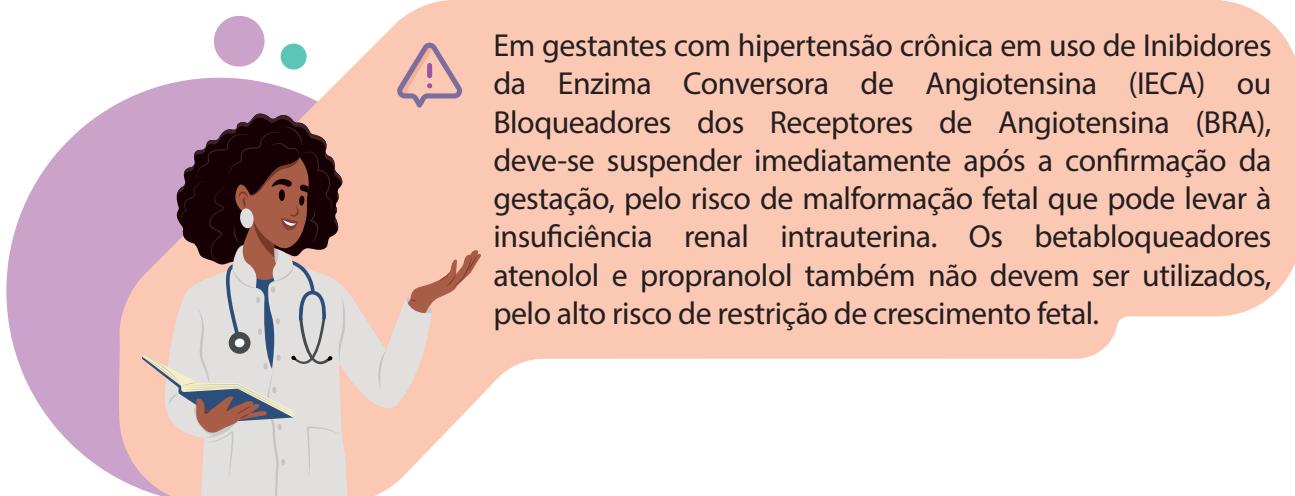
2.7.3.3 Manejo clínico da hipertensão na gestação

O tratamento farmacológico da hipertensão na gestação tem o objetivo de controlar a pressão arterial, minimizar os riscos maternos e fetais e garantir que a Pressão Diastólica (PAD) mantenha-se em níveis seguros para o binômio (Brasil, 2022). Caso não ocorra o controle adequado, as medicações devem ser associadas (primeira linha com segunda linha), conforme orientações do Quadro 17.

Quadro 17 - Terapia medicamentosa para hipertensão na gestação.

MEDICAMENTO DE PRIMEIRA LINHA VIA ORAL					
	CLASSE	DOSE	DOSE MÁXIMA	EFEITOS COLATERAIS	OBS.:
Metildopa	Inibidor α-adrenérgico central	750mg a 2.000mg/dia — pode ser fracionada de 2 a 4 vezes ao dia	2g ao dia.	Hipotensão postural; sonolência; retenção hídrica	O efeito hipotensor total de uma dose inicial ou ajuste da metildopa pode não ocorrer antes de 2 a 3 dias de uso contínuo.
Medicamento de segunda linha					
Hidralazina	Vasodilatador periférico	50mg a 150mg/dia — podendo ser fracionada de 2 a 3 vezes ao dia.	200mg	Cefaleia, palpitações	Devido à taquicardia reflexa, a monoterapia com hidralazina oral não é recomendada. A hidralazina pode ser combinada com metildopa, se necessário, como terapia complementar. Doses crônicas de hidralazina acima de 100mg por dia estão associadas a um risco aumentado de desenvolver lúpus eritematoso.
Nifedipino – liberação prolongada	Bloqueador do canal de cálcio	20mg a 120mg/ dia — pode ser fracionada em até 3 vezes ao dia. A dose pode ser aumentada com intervalo de 7 a 14 dias.	120mg	Cefaleia, fadiga, tontura, edema periférico, constipação	Em alguns pacientes, a dose pode ser dividida em duas doses diárias, para evitar grandes quedas na pressão arterial e para minimizar os efeitos adversos.

Fonte: Brasil (2022).



Ainda, o profissional deve solicitar e monitorar os resultados laboratoriais (hemograma, desidrogenase láctica-DHL, bilirrubinas totais, creatinina, transaminase oxalacética – TGO/AST).

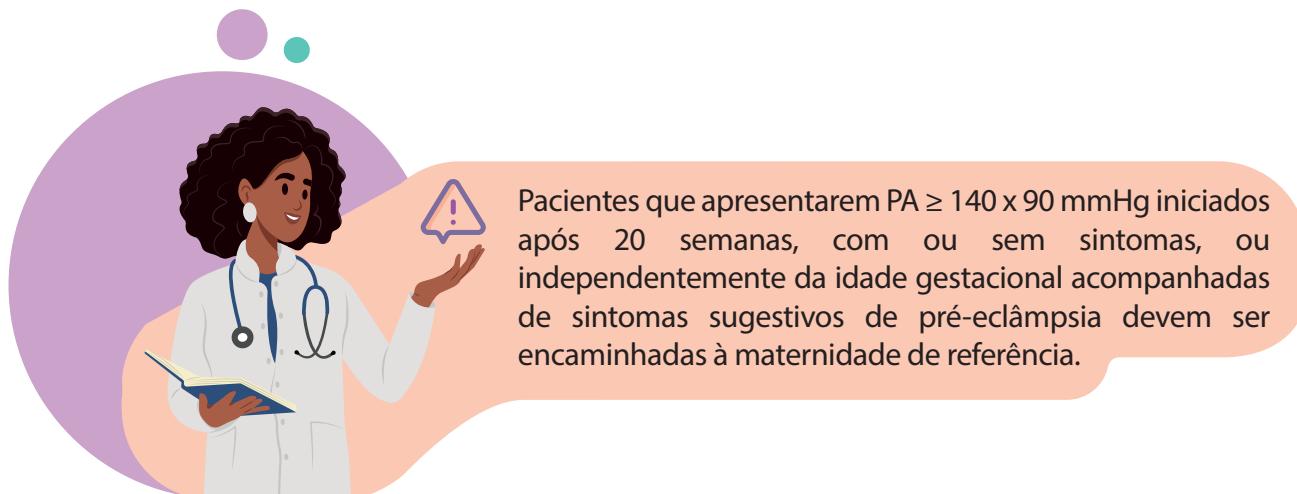
2.7.3.4 Manejo da crise hipertensiva na APS

Gestantes que apresentarem valores de PA $\geq 160 \times 110$ mmHg devem ter seus níveis pressóricos reduzidos com urgência e esse manejo pode ser iniciado na APS, antes do encaminhamento à maternidade de referência. A mulher deve ser mantida em decúbito lateral esquerdo, a equipe precisa garantir um acesso venoso periférico salinizado, com monitoramento dos sinais vitais.

Quadro 18 - Medicamentos para manejo da crise hipertensiva.

AGENTE	DOSE INICIAL E VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REPETIR, SE NECESSÁRIO	DOSE MÁXIMA
Hidralazina	1 ampola (20mg/mL), diluída em 19mL de água destilada, via intravenosa, aplicar 5mg	5mg a cada 20 minutos.	30mg
Nifedipino	101 comp de 10mg, via oral	01 comp de 10mg a cada 20 a 30 min	30mg
Nitroprussiato de sódio	Ampola de 50mg/2mL	Diluir uma ampola em 248mL de soro glicosado a 5%, com dose inicial de 0,5 mcg a 10mcg/kg/min, com infusão intravenosa contínua.	Infusão contínua

Fonte: Brasil (2022).



2.7.4 Diabetes na gestação

A hiperglicemia durante o ciclo gravídico puerperal é considerada um grande problema de saúde pública, podendo ser responsável por desfechos desfavoráveis para a gestante, como: abortos espontâneos, infecção do trato urinário, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, cesárea, infecção pós-parto e tromboembolismo.

Além disso, ao feto, a hiperglicemia pode causar: crescimento fetal excessivo, prematuridade, hipóxia intrauterina, óbito fetal, hipoglicemia neonatal, distocia de ombro no recém-nascido, trombose, distúrbios respiratórios e aumentar o risco da criança desenvolver obesidade ou diabetes.

Quadro 19 - Fatores de risco para hiperglicemia na gravidez.

- Idade (quanto maior a idade, maior o risco);
- Sobre peso/obesidade ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$);
- Antecedentes familiares de DM (mãe/irmãs);
- Antecedentes pessoais metabólicos: síndrome dos ovários policísticos, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica, acantose nigricans, doença cardiovascular aterosclerótica, uso de medicamentos hiperglicemiantes;
- Antecedentes obstétricos: duas ou mais perdas gestacionais prévias, diabetes mellitus gestacional, polidrâmnio, macrossomia, óbito fetal/neonatal sem causa determinada, malformação fetal.

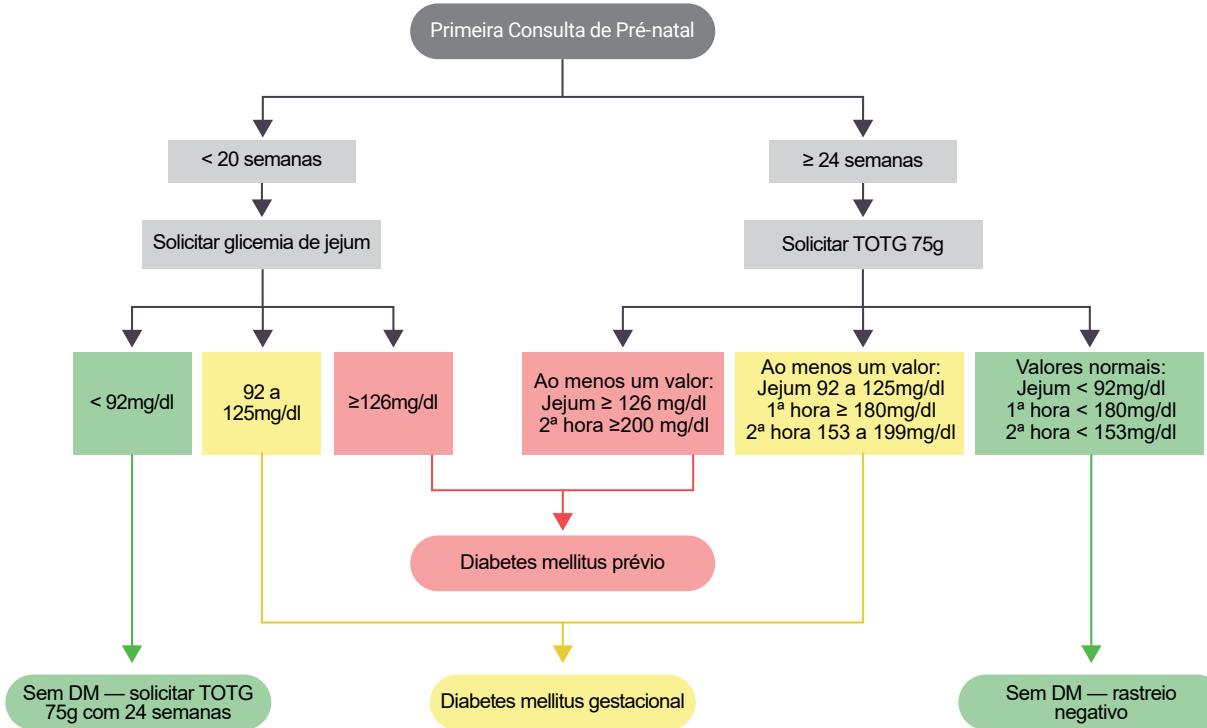


Fonte: OPAS (2016).

2.7.4.1 Manejo para rastreamento e diagnóstico do diabetes

O Fluxograma a seguir traz o fluxograma que deve ser seguido na APS para rastreamento e diagnóstico da diabetes. Após o diagnóstico, a gestante deverá ser encaminhada ao CAISM e seguirá em acompanhamento pela atenção primária e especializadas. O objetivo do tratamento é atingir metas glicêmicas adequadas e ganhar peso materno, que podem prevenir desfechos adversos. Usualmente é possível controlar os níveis glicêmicos com ajustes nutricionais (evitando açúcares) e práticas de atividades físicas, pelo menos de 30 a 40 minutos diários, se não houver contraindicação.

Fluxograma 2 - Rastreamento do diabetes na APS.



Fonte: Guia rápido pré-natal (2025)

2.7.4.2 Controle glicêmico e manejo da hiperglicemias

As aferições recomendadas são: uma em jejum, após o café da manhã, almoço e jantar. A meta para o adequado controle glicêmico em gestantes diagnosticadas com DMG é:

- Jejum < 95mg/dL;
- 01 hora pós-prandial <140mg/dL;
- 02 horas pós-prandial < 120mg/dL.

Além do tratamento não farmacológico, que envolve o controle nutricional e prática de atividade física, o farmacológico tem como primeira linha o uso da insulina. Para diabetes mellitus gestacional ou diabetes mellitus preexistente, o tratamento comumente utilizado é a insulina NPH (de ação intermediária) e a insulina regular (de ação rápida). Na prática, a de ação intermediária é utilizada para controlar a glicemia de jejum e a pré-prandial e as de ação rápida para controle pós-prandial (Brasil, 2022).

A dose inicial recomendada é de 0,5 UI/kg/dia, que pode ser fracionada entre duas a quatro aplicações. Os ajustes de dose devem considerar o perfil glicêmico da

gestante, com reavaliações a cada 15 dias até a 30^a semana de gestação, após intervalos semanais (Brasil, 2022).

A metformina (hipoglicemiente oral) pode ser considerada apenas em situações específicas, como: dificuldade de acesso ou administração de insulina, estresse materno exacerbado com o uso de injetáveis ou necessidade de doses muito altas de insulina sem resposta glicêmica adequada. O uso deve ser precedido de uma discussão detalhada com a gestante e família, registro no prontuário e formalização do consentimento (Brasil, 2022).

2.7.5 Trombose Venosa Profunda (TVP)

A TVP durante a gestação pode ser confundida com eventos usuais do período gravídico, pois podem se manifestar causando dor e inchaço nas extremidades, são comuns as duas situações. Os fatores de risco incluem: insuficiência venosa, trauma, estado de hipercoagulabilidade, distúrbios trombóticos anteriores, tabagismo, imobilidade, câncer e obesidade.

O profissional deve atentar-se à presença de empastamento da panturrilha, aumento da circunferência, temperatura da pele elevada, dor à dorsiflexão (Sinal de Homan), dor na panturrilha ao comprimir o músculo contra o osso da tíbia (Sinal de Bancroft) e flegmasia (edema e dor nos membros inferiores). As gestantes que tiverem histórico de TVP devem ser encaminhadas ao PNAR. Caso o profissional identifique algum desses sinais clínicos, a gestante deve ser encaminhada à maternidade de referência para avaliação.

2.8 Doenças infecciosas na gestação

2.8.1 Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, causada pela *Treponema pallidum*, com elevado risco de transmissão vertical para o feto durante a gestação se a mulher não for tratada ou tratada de forma não adequada. A sífilis pode ser classificada como: sífilis recente (primária, secundária e latente recente) e tardia (latente tardia e terciária) e apresenta os sinais e sintomas conforme o Quadro 20.

Quadro 20 - Estágios, sinais e sintomas da Sífilis.

ESTÁGIO	SINAIS E SINTOMAS
Sífilis primária (10 a 90 dias pós -infecção)	Lesão única, geralmente indolor, não pruriginosa, com bordas regulares e base dura chamada de cancro duro, podendo ocorrer linfadenomegalia regional.
Sífilis secundária (6 semanas a 6 meses após o recrudescimento da lesão primária)	Febre; adinamia; linfadenomegalia sistêmica; lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sifilides papulosas, sifilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão); sinais constitucionais; quadros neurológicos: oculares, hepáticos.
Sífilis latente recente (até um ano da infecção)	Período assintomático.
Sífilis latente tardia (após um ano da infecção) ou Sífilis latente de duração ignorada	Período assintomático.
Sífilis terciária (1 a 40 anos após o início da infecção)	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteite gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justarticulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: Brasil (2022)

O diagnóstico da Sífilis no pré-natal dá-se através da realização dos testes rápidos (teste treponêmico) e/ou pela amostra do Protege. Como é de difícil identificação da duração da infecção para determinar o tratamento, deve-se considerar como Sífilis latente, e a penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento.

Quadro 21 - Manejo da Sífilis em gestante e parceria.

MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTE		
DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	CONDUTAS
Teste rápido para Sífilis ou Protege reagente para Sífilis	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.	Realizar notificação compulsória de Sífilis em gestante; Solicitar VDRL (teste não treponêmico) mensal; Caso o intervalo das doses seja maior que nove dias, deve-se repetir o esquema terapêutico.
MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTE		
DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	CONDUTAS
Teste rápido para Sífilis não reagente	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Repetir o teste rápido em 30 dias.

(Continua)

Sífilis recente (primária, secundária e latente recente, com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) Ou Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.	Realizar notificação compulsória de Sífilis adquirida, se o teste treponêmico for reagente; em caso de não reagente, prescreve a dose profilática e identifica na notificação da gestante o tratamento da parceria; Solicitar VDRL (teste não treponêmico) mensal.
Sífilis tardia: Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e Sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM Ou Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.	Realizar notificação compulsória de Sífilis adquirida; Solicitar VDRL (teste não treponêmico) mensal.
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias Ou Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias.	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.

Fonte: Brasil (2022)

A solicitação do teste não treponêmico (VDRL) faz-se necessária para detectar a reativação ou reinfecção para tratamento oportuno. A redução da diluição pode ocorrer de forma lenta; para tanto, deve-se investigar adesão ao tratamento e/ou reinfecção. Considera-se cicatriz sorológica quando há permanência do teste reagente com baixa titulação, como 1:4 ou 1:1, e quando há comprovação de tratamento adequado durante após um ano do tratamento (Guia rápido pré-natal, 2025).

3.8.2 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

A infecção envolve diversas fases e durações variáveis, a depender da resposta imunológica e carga viral individual. As fases são classificadas, como: infecção aguda com surgimento de sintomas inespecífico e infecção assintomática (com duração de anos, podendo surgir infecções oportunistas - tuberculose, neurotoxoplasmose). Seu diagnóstico pode ser através do teste rápido para HIV, Protege ou por exame laboratorial. Nos casos reagentes no teste rápido, é necessária a contraprova para fechar o diagnóstico.

Quando uma gestante é diagnosticada com HIV, o profissional precisa realizar a notificação compulsória, encaminhar ao serviço de referência localizado no Centro de Especialidades Médicas (Cemar), localizado em Aracaju/SE, e seguimento do pré-natal na APS. Segundo Brasil, 2022, é necessário o acompanhamento dos exames laboratoriais (Quadro 22).

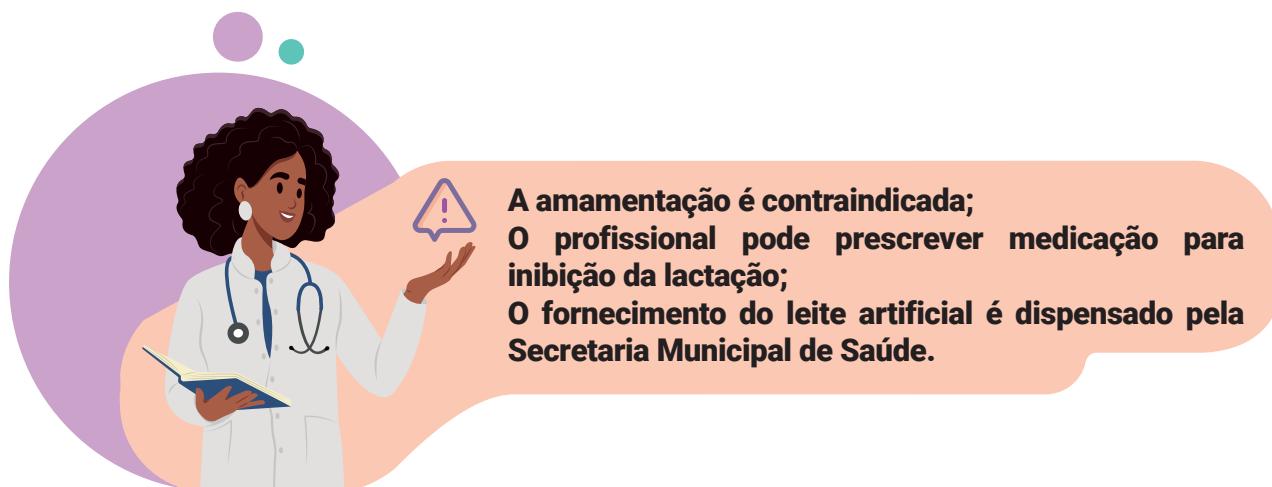
Quadro 22 - Exames laboratoriais necessários para o acompanhamento de gestantes com HIV na APS.

EXAME	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO
Hemograma	A cada três meses
PCR-RNA quantitativo para HIV (carga viral)	Imediatamente ao diagnóstico, a cada quatro semanas até a carga viral tornar-se indetectável, e com 34 semanas de gestação, independentemente da carga viral anterior.
Genotipagem	Imediatamente ao diagnóstico.
CD4 e CD8	Imediatamente ao diagnóstico e com 34 semanas de gestação.
Bilirrubina total e frações, TGO e TGP	Antes do início do tratamento e a cada três meses.
Ureia e creatinina	Antes do início do tratamento e a cada três meses.
Lipidograma	Pelo menos uma vez.
IGRA	Anualmente, sempre que CD4+ maior ou igual a 350 células/mm ³

Fonte: Brasil (2022)

O tratamento deve-se iniciar o mais precoce possível, seguindo o esquema: tenofovir + lamivudina (TDF 300mg + 3TC 300mg) e dolutegravir (DTG) 50mg, ambos uma vez ao dia.

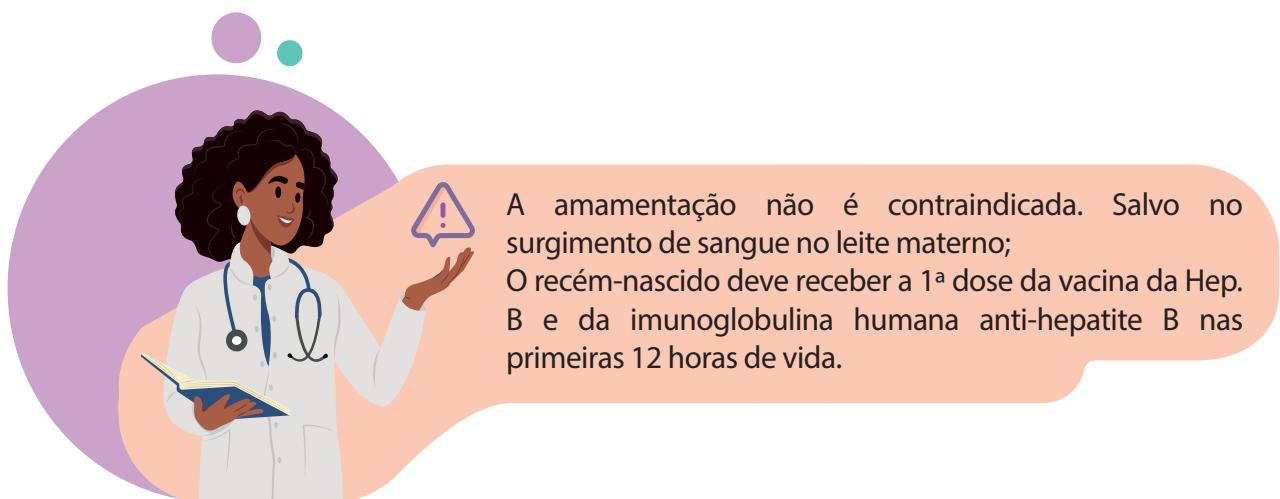
Como orientações para escolha da via de parto, caso a carga viral esteja < 1000 cópias, o parto pode ser via vaginal. No entanto, se a carga viral for desconhecida, > 1000 ou a gestante não tiver adesão adequada ao tratamento ou alguma resistência, será indicativo de parto cesáreo com interrupção na 38^a semana.



2.8.3 Hepatite B

Infecção causada pelo vírus da Hepatite B, através de contato com fluídos corporais infectados e a via perinatal é a principal causa de transmissão do vírus em crianças. Com prevenção primária garantida pela imunização, caso a gestante apresente esquema de três doses incompletas, deve-se completar o esquema.

Caso seja detectado através do teste rápido, Protege ou por exame laboratorial, o profissional precisa preencher a ficha de notificação compulsória, encaminhá-la ao hepatologista via Sistema de Regulação, com resultados dos exames anexados, e avaliar os contactantes.



2.8.4 Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV)

O vírus do HTLV pode ser de transmissão sexual, vertical ou por algum contato com sangue infectado. Em sua maioria, não causam sinais/sintomas, mas podem desenvolver quadros neurológicos e hematológicos graves.

O rastreio para a infecção tornou-se obrigatório através da Rede Alyne. Em Sergipe, pode ser identificado pelo Protege e/ou através de laboratórios municipais. Não existe tratamento ou cura para pessoas grávidas ou não.

As gestantes seguirão o acompanhamento na APS e serão orientadas quanto à contraindicação do aleitamento materno e o profissional deverá preencher a ficha de notificação compulsória. Dessa forma, a puérpera sairá da maternidade com orientação, suporte com fórmulas para manutenção da alimentação do recém-nascido e será encaminhado, via Sistema de Regulação, ao serviço de referência pediátrica.

2.8.5 Toxoplasmose na gestação

É uma infecção parasitária, causada pelo *Toxoplasma gondii*, geralmente causando sintomas leves à gestante. No entanto, pode ser transmitido verticalmente e é responsável por restrição de crescimento intrauterino, prematuridade, lesões oculares, hidrocefalia, pneumonite, hepatoesplenomegalia ou até mesmo morte fetal.

A prevenção primária dá-se nas mudanças de hábitos em relação à higienização das frutas, legumes e verduras, lavagem das mãos antes e após manipular os alimentos e animais, ingestão de alimentos cozidos e água filtrada ou fervida. Ainda, faz-se necessário evitar contato com solo e terra de jardim.

Pode ser diagnosticado através do Protege ou exames laboratoriais municipais. E a orientação e condutas dependerá dos resultados dos IgM e IgG e das semanas de gestação em que a sorologia foi realizada (Quadro 23).

Quadro 23 - Manejo da toxoplasmose mediante sorologias.

SOROLOGIA ATÉ 12ª SEMANA			
RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG	IgM		
Positiva	Negativa	Gestante	Não é necessária nova sorologia.
Negativa	Negativa	Não está imune.	Orientar os cuidados da prevenção primária; Solicitar sorologia no 2.º e 3.º trimestres.
Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção.	Realizar notificação compulsória; Iniciar a Espiramicina 500mg, 02 comp. de 8/8 h, via oral; Solicitar teste de avidez de IgG na mesma amostra ou até antes da 16ª semana; Avidez forte: infecção adquirida antes da gestação suspende o tratamento; Se avidez fraca ou moderada, mantém a espiramicina até a 16ª semana; Solicitação de USG obstétrica mensal ou bimensal; Encaminhar ao PNAR.
Negativa	Positiva	Infecção recente ou IgM falso positivo.	Iniciar espiramicina imediatamente: 500mg, 2 comp. de 8/8 horas, via oral; Repetir a sorologia em 3 semanas — se IgM e IgG positivas, confirma-se a infecção aguda; Até a 16ª semana: manter a espiramicina.

(Continua)

SOROLOGIA A PARTIR DA 16ª SEMANA			
RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG	IgM		
Positiva	Negativa	Provável imunidade remota	<p>Exceção: primeira sorologia (negativa) no início da gestação e exame subsequente no final da gestação com IgG alta;</p> <p>Possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz; Considerar a possibilidade de IgM falso negativo; Se houver possibilidade de infecção adquirida na gestação, inicie o tratamento com esquema tríplice:</p> <p>Peso < 80 kg: Sulfadiazina 500mg 2 comp. 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comp. ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comp. ao dia;</p> <p>Peso > 80 kg: Sulfadiazina 500mg 2 comp. 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comp. ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comp. ao dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina;</p> <p>Solicitar USG mensal;</p> <p>Encaminhar ao PNAR.</p>
Negativa	Negativa	Não está imune.	Orientar os cuidados da prevenção primária; Solicitar sorologia no 3.º trimestre.
Positiva	Positiva	Infecção confirmada.	<p>Iniciar esquema tríplice:</p> <p>Peso < 80 kg: Sulfadiazina 500mg 2 comp. 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comp. ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comp. ao dia;</p> <p>Peso > 80 kg: Sulfadiazina 500mg 2 comp. 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comp. ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comp. ao dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina;</p> <p>Realizar notificação compulsória;</p> <p>Solicitação de USG obstétrica mensal;</p> <p>Encaminhar ao PNAR.</p>
Negativa	Positiva	Infecção recente ou IgM falso positivo.	<p>Iniciar espiramicina imediatamente: 500mg, 2 comp. de 8/8 horas, via oral; Repetir a sorologia em 2 a 3 semanas — se IgM e IgG positivas, confirma-se a infecção aguda;</p> <p>Iniciar esquema tríplice:</p> <p>Peso < 80 kg: Sulfadiazina 500mg 2 comp. 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comp. ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comp. ao dia;</p> <p>Peso > 80 kg: Sulfadiazina 500mg 2 comp. 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comp. ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comp. ao dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.</p>

Fonte: Guia rápido pré-natal (2025)

A dispensação dos medicamentos se dá através da Vigilância Epidemiológica do Estado, com devido preenchimento da ficha de notificação compulsória e prescrição médica ou de enfermagem, anexado com os documentos pessoais da gestante: para infecção aguda (CID-10 O98.6); Imunossuprimido (inserir CID-10); Toxoplasmose ocular (CID-10 B58.0); Outro (inserir CID-10).

O parto é indicado para ser realizado na maternidade de alto risco de referência. Será garantido o acompanhamento pediátrico e demais especialidades que sejam necessárias para investigação completa da toxoplasmose congênita.

2.8.6 Tuberculose na gestação

Doença infecciosa causada principalmente pela micobactéria *Mycobacterium tuberculosis* e uma das principais causas de morte em mulheres em idade reprodutiva. Com transmissão através da inalação de aerossóis, seu diagnóstico dá-se através do exame do escarro, considerando também as condições clínicas apresentadas.

Na gestante, os sintomas podem ser confundidos com as queixas comuns desse período, o que pode retardar o diagnóstico e tratamento. Quando identificada, é imprescindível a realização de sorologia para HIV, uma vez que existem altas taxas de coinfeção na nossa população.

Quadro 24 - Manejo da tuberculose na gestante.

FASE	PESO/DOSE	CONDUTA
Fase Intensiva (2 meses) Rifampicina 150 mg; isoniazida 75 mg; pirazinamida 400 mg; etambutol 275 mg (doses fixas combinadas)	20-35 kg - 2 comprimidos; 36-50 kg - 3 comprimidos; 51-70 kg - 4 comprimidos; > 70 kg - 5 comprimidos	Prescrição da suplementação de piridoxina (vitamina B6) 50 mg/dia; Realizar notificação compulsória; Encaminhar ao PNAR; Solicitar coleta de pesquisa de Baar no escarro mensalmente, até duas amostras consecutivas negativas.
Fase de Manutenção (4 meses) Rifampicina + isoniazida 300/150 mg ou 150/75 mg	20-35 kg - 1 comprimido 300/150 mg ou 2 comprimidos 150/75mg; 36-50 kg - 1 comprimido 300/150 mg + 1 comprimido 150/75 mg ou 3 comprimidos 150/75 mg; 51-70 kg - 2 comprimidos 300/150 mg ou 4 comprimidos de 150/75 mg; > 70 kg - 2 comprimidos 300/150 mg + 1 comprimido 150/75 mg ou 5 comprimidos de 150/75 mg.	Prescrição da suplementação de piridoxina (vitamina B6) 50 mg/dia; Realizar notificação compulsória; Encaminhar ao PNAR; Solicitar coleta de pesquisa de Baar no escarro mensalmente, até duas amostras consecutivas negativas.

Fonte: Brasil (2024)

Recomenda-se a solicitação mensal das enzimas hepáticas e USG obstétrica a partir de 28 semanas, bem como a solicitação do hemograma no segundo e no terceiro trimestre, devido ao aumento da incidência de anemia em gestantes com doença.

A via de parto pode ser vaginal, com precauções respiratórias, nos casos em que a paciente esteja bacilífera; assim como na amamentação, que é contraindicada apenas se a mãe apresentar mastite tuberculosa. O recém-nascido de mulher com o diagnóstico de tuberculose deve receber a profilaxia com isoniazida.

2.8.7 Manejo das arboviroses na gestação

As arboviroses que se destacam no contexto obstétrico são as causadas pelos vírus da Dengue (DENV), da Zika (ZIKV) e o da Febre Chikungunya (CHIKV). A transmissão é vetorial e, raramente, transmissão nosocomial, por transfusão sanguínea e por meio de relacionamento sexual. Podem atingir a pele, articulações, sistema nervoso, sistema cardiovascular e sistema de coagulação. Para realizar o diagnóstico diferencial entre elas, destacam-se os sinais e sintomas prevalentes no Quadro 25.

Quadro 25 - Diagnóstico diferencial das arboviroses

SINAIS/SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	2–7 dias	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) // 1–2 dias subfebril	Febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) 2–3 dias
Exantema	Surge do 3. ^º ao 6. ^º	Surge no 1. ^º ou 2. ^º dia	Surge do 2. ^º ao 5. ^º dia
Mialgias (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfonodomegalia	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	+	++

Fonte: Guia rápido pré-natal (2025)

Para confirmação do diagnóstico e encaminhamentos oportunos, ressalta-se que a doença aguda pelo vírus Zika em gestante é de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, mesmo em casos suspeitos (Quadro 26).

Quadro 26 - Exames recomendados para os casos suspeitos de arboviroses.

AMOSTRA	INÍCIO DOS SINTOMAS	EXAMES LABORATORIAIS – ARBOVIROSES		
		DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
Soro	Até o 5.º dia do início dos sintomas	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)
	6.º dia do início dos sintomas ou mais	Sorologia IgM (até 90.º dia de IS)	Sorologia IgM (até 30.º dia de IS)	Sorologia IgM (até 30.º dia de IS)
Urina (gestantes)	Até o 15.º dia do início dos sintomas	---	---	RT-PCR (identificação viral)
Urina (manifestações neurológicas)	Até o 30.º dia do início dos sintomas	---	---	RT-PCR (identificação viral)

Fonte: Guia Rápido Pré-Natal, 2025 (adaptado).

Nos casos de confirmação para o Zika, o profissional deve solicitar a USG obstétrica para diagnóstico de microcefalia. No entanto, essa confirmação não vai alterar as condutas durante o pré-natal, uma vez que não existe tratamento. A gestante e seus sinais e sintomas clínicos serão monitorados, o que deve estimular a ingesta hídrica e ser solicitado o hemograma em caráter de urgência, conforme fluxograma de casos suspeitos de dengue do MS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsas/resposta-a-emergencias/coes/arboviroses/publicacoes/fluxograma-do-manejo-clinico-da-dengue.pdf/view>). Se a gestante tiver alguma comorbidade ou plaquetas <100.000, deve-se ser encaminhada ao hospital de referência.



3 Puerpério

O puerpério compreende a fase de involução dos órgãos pélvicos, que difere de uma mulher para outra, e a equipe de saúde da APS deve reforçar a atenção, acolhimento e disponibilidades diante desse período de extremas mudanças para a mãe, bebê e família.

Durante o puerpério, os profissionais de saúde devem oferecer cuidado integral à puérpera, promovendo escuta qualificada, identificação de intercorrências, orientações sobre autocuidado, amamentação, planejamento reprodutivo e saúde mental. A atenção deve ser humanizada, respeitando as especificidades socioculturais da mulher. A primeira consulta puerperal deve ocorrer, preferencialmente, até 07 dias após o parto, com acompanhamento subsequente conforme a necessidade.

Quadro 27 - Atribuições dos profissionais na consulta puerperal.

ATRIBUIÇÕES	OBSERVAÇÃO
Avaliar condições gerais da puérpera e do recém-nascido.	Da puérpera: aferir sinais vitais, involução uterina, exame perineal; se apresentou síndrome hipertensiva ou diabetes gestacional, é necessário reavaliação de condutas
Investigar sinais de infecção.	Sangramento anormal, dor intensa, febre, secreção purulenta em ferida operatória.
Oferecer apoio à amamentação e ao vínculo mãe-bebê.	Ver o item 5 - Aleitamento humano.
Orientar sobre higiene, cuidados com pontos e retorno à atividade sexual.	Desmistificar cuidados pós-parto, sobretudo em relação à higiene; Não existe nenhuma contraindicação sobre o banho de aspersão; A limpeza da ferida operatória pode ser feita com solução aquosa, evitar o uso de
Promover escuta ativa quanto à saúde mental e possíveis sinais de transtornos psíquicos.	Realizar encaminhamento em caso de identificação de algum transtorno.
Discutir métodos contraceptivos disponíveis e adequados ao período.	Para mulheres que estão amamentando, pode-se prescrever: métodos de barreira (preservativo externo ou interno), DIU de cobre ou hormonal, laqueadura, contraceptivos orais ou injetáveis com progestagênio (nenhum desses causará efeito na lactação); Para mulheres que não amamentam, além dos já descritos, pode prescrever os hormonais combinados.
Estimular a vacinação da puérpera e da criança, deambulação precoce.	Para a puérpera, pode haver a vacinação contra Influenza, Tríplice viral; Para o recém-nascido: a dose de BCG e 1ª dose contra a Hep. B.
Orientar sobre os sinais e sintomas de alarme: Hipertensão arterial elevado, secreção purulenta ou abscesso na ferida operatória, febre, mastite grave com hiperemia intensa, abscesso ou necrose, sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado ou associado a odor fétido, febre ou dor pélvica; suspeita de trombose venosa profunda, edema unilateral em membros inferiores e/ou dor na panturrilha.	Encaminhar para a maternidade de referência.

A avaliação da saúde mental materna no pós-parto é primordial, sobretudo para identificar precocemente qualquer sinal sugestivo de depressão. Para isso, o profissional pode utilizar a Escala de Edimburgo para Depressão Pós-Parto (EPDS). A escala é construída por um questionário de autoavaliação, que deve ser utilizado idealmente entre a 6^a e 8^a semana pós-parto ou a qualquer momento que o profissional necessite até o primeiro ano do bebê, até mesmo durante a gravidez para rastrear depressão perinatal.

Quadro 28 - Escala de Edimburgo

Nº	PERGUNTA	RESPOSTA E PONTUAÇÃO
1	Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	(0) Como eu sempre fiz; (1) Não tanto quanto antes; (2) Sem dúvida: menos que antes; (3) De jeito nenhum.
2	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.	(0) Como sempre senti; (1) Talvez, menos que antes; (2) Com certeza menos; (3) De jeito nenhum.
3	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.	(0) Não, nenhuma vez; (1) Não muitas; (2) Sim, algumas vezes; (3) Sim, na maioria das vezes.
4	Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	(0) Não, nunca; (1) Quase nunca; (2) Sim, às vezes; (3) Sim, muitas vezes.
5	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	(0) Nunca; (1) Raramente; (2) Sim, às vezes; (3) Sim, muitas vezes.
6	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.	(0) Não, tenho lidado muito bem; (1) Não, na maioria das vezes lidei bem; (2) Sim, às vezes não consegui lidar tão bem; (3) Sim, na maioria das vezes não consegui lidar.
7	Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.	(0) Nunca; (1) Raramente; (2) Sim, às vezes; (3) Sim, na maioria das vezes.
8	Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	(0) Nunca; (1) Raramente; (2) Sim, às vezes; (3) Sim, na maioria das vezes.
9	Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado.	(0) Nunca; (1) Raramente; (2) Sim, bastante; (3) Sim, na maioria das vezes.
10	A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	(0) Nenhuma vez; (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente; (2) Algumas vezes, nos últimos dias; (3) Sim, muitas vezes, ultimamente.

Fonte: Mattar et al. (2007)

Para interpretação do resultado, o profissional deve considerar as pontuações:

- 0 a 8: baixa probabilidade de depressão, seguir acompanhamento de rotina;
- 9 a 12: sintomas significativos de depressão, acolher a mulher, com maior vigilância e encaminhamento à avaliação psicológica ou psiquiátrica (via Sistema de Regulação ou TeleNordeste);
- 13 ou mais: alta probabilidade de depressão pós-parto (leve, moderada ou grave), com acolhimento e encaminhamento obrigatório aos profissionais psicólogos e psiquiatras.



4 Aleitamento Humano

O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento humano exclusivo até os 06 meses de vida, sem adição de outros alimentos ou líquidos, e sua manutenção com alimentação complementar até 02 anos ou mais. O leite humano é completo, contendo nutrientes essenciais e imunológicos, promovendo crescimento saudável, vínculo afetivo, proteção e economia. Benefícios incluem proteção contra infecções, promoção do vínculo afetivo, redução de riscos de doenças crônicas futuras, auxílio na recuperação uterina e na prevenção de hemorragias, contribuição para o planejamento familiar (efeito anovulatório).

Profissionais devem identificar dificuldades na pega, orientar sobre posições adequadas e manejar intercorrências, como fissuras mamárias e ingurgitamento (Quadro 30)

Quadro 29 - Técnica de Amamentação.

POSICIONAMENTO CORRETO	PEGA ADEQUADA
ROSTO DO BEBÊ VOLTADO PARA A MAMA, NARIZ NA ALTURA DO MAMILO.	MAIS ARÉOLA VISÍVEL ACIMA DO LÁBIO SUPERIOR DO BEBÊ.
CORPO DO BEBÊ VOLTADO PARA A MÃE (BARRIGA COM BARRIGA).	BOCA BEM ABERTA.
CABEÇA E TRONCO ALINHADOS.	LÁBIO INFERIOR VIRADO PARA FORA.
BEBÊ BEM APOIADO.	QUEIXO ENCOSTADO NA MAMA.

Fonte: Guia rápido pré-natal (2025)

As mães que apresentarem dificuldade no processo de amamentação podem ser encaminhadas aos Bancos de Leite Humano (BLH) disponíveis no Estado: BLH Marly Sarney, em Aracaju; BLH Zoéd Bittencourt, em Lagarto e o BLH Irmã Rafaela Pepel, em Itabaiana.

Quadro 30 - Manejo de Intercorrências na Amamentação

INTERCORRÊNCIA	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÃO
Trauma/fissura mamar	Decorre da pega incorreta, ou por mamilos curtos/planos ou invertidos, por disfunção oral do bebê.	Orientar sobre o posicionamento adequado e a pega correta durante as mamadas; Alterar diferentes posições de mamadas, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou tecidos acometidos; Iniciar a mamada na mama não acometida; Se os mamilos apresentarem escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa e sabão uma vez ao dia; Para o alívio da dor podem ser analgésicos, como ibuprofeno ou paracetamol, meia-hora antes de amamentar.
Ingurgitamento mamário	Inchaço das mamas, que pode haver eritema difuso.	Amamentação em livre demanda; Orientar e encorajar a remoção do leite da mama seja feito pela criança, para o alívio da dor e prevenção de mastite e abscesso mamário; Técnica correta; Estimular a ordenha antes de oferecer a mama ao lactente, evita possíveis fissuras.
Mastite	Inflamação/infecção mamária, com febre, calafrios e dores musculares.	Esvaziamento adequado e frequente da mama, preferencialmente pela criança. Mesmo com a presença de bactérias a amamentação está indicada. Orienta-se iniciar o esvaziamento pela mama que estiver mais acometida, com variação de posição da criança; Deve-se estimular a livre mamada; Em geral, indica-se o uso de antibioticoterapia com cefalexina 500mg, via oral, 6/6 horas ou amoxicilina, de preferência associada com ácido clavulânico, via oral, 8/8 horas; Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 a 14 dias; Ofereça suporte emocional, pois a condição da mastite é muito dolorosa e compromete o estado geral.
Candidíase	Dor em pontadas, mamilos vermelhos e irritados.	Inicialmente, o tratamento é tópico, com o uso de nistatina, miconazol ou cetoconazol por cerca de 14 dias. Pode ser aplicado o creme após cada mamada, não havendo necessidade de removê-lo para a criança mamar. Embora a nistatina seja muito utilizada, muitas espécies de Cândida são resistentes a esse medicamento. A violeta de genciana a 0,5%, uma vez ao dia, pode ser utilizada nos mamilos/aréolas por até 7 dias; Caso o tratamento tópico falhe, recomenda-se para a lactante fluconazol 200mg, via oral de primeira dose e, posteriormente, 100mg, por 7 a 10 dias. Se a dor for intensa, orienta-se a combinação de ibuprofeno; Orientar a enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas, mantendo-os ventilados e secos, e expô-los ao sol por alguns minutos, duas vezes ao dia.
Excesso de leite (hiperlactação)	A hiperlactação diferencia do ingurgitamento mamário pela ausência de edema intersticial e persistência dos sintomas além de 1 a 2 semanas após o parto.	Amamentar em apenas uma mama, alternando a mama a cada ciclo de 3 horas durante o dia; à noite, amamentação em livre demanda, usando as duas mamas. A condição deve melhorar em 24 a 48 horas; Retirada do leite manualmente da mama não usada, apenas para conforto da mulher; Informar a mulher sobre a possibilidade de doação do leite excedente.

Fonte: Guia rápido pré-natal (2025)



5 Abortamento

Define-se aborto espontâneo a gestação não viável até a 20-22^a semana ou quando peso fetal é de até 500g. Geralmente ocorre de forma precoce, não ultrapassando o primeiro trimestre. O aborto espontâneo é tradicionalmente classificado como ameaça de aborto ou aborto evitável, inevitável, incompleto, completo, retido ou infectado (Brasil, 2022).

Quadro 31 - Classificação de aborto e manejo.

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS/SINTOMAS	MANEJO
Ameaça de abortamento	Sangramento genital de intensidade pequena à moderada; Volume uterino compatível com a idade gestacional; Orifício do colo uterino encontra-se fechado.	A gestante deve permanecer em repouso; Evitar relações sexuais enquanto houver perda sanguínea e manter a continuidade do acompanhamento do pré-natal; Avaliar a necessidade de uso de analgésicos em caso de dor significativa; Solicitar USG, se possível; Avaliar a necessidade de encaminhar para avaliação
Abortamento completo	Sangramento e dores, que diminuem após a expulsão do material ovular; O volume uterino encontra-se menor que o esperado para a idade gestacional; Orifício do colo uterino pode estar aberto.	Pode-se realizar USG, que evidencia cavidade uterina vazia ou com coágulos; A conduta é expectante, deve ser acompanhada e reavaliada, ficar em observação e retornar ao serviço de saúde se
Abortamento incompleto	Sangramento mais volumoso do que na ameaça de abortamento, diminui com a saída dos coágulos ou de restos ovulares; Dores intensas; Orifício do colo uterino encontra-se aberto.	Encaminhar para avaliação da maternidade de referência.
Abortamento retido	Não há expulsão de nenhum produto da concepção; Ausência de abertura do orifício do colo uterino.	Encaminhar para avaliação da maternidade de referência.
Abortamento infectado	Febre; Sangramento genital com odor fétido; Dores abdominais; Secreção purulenta drenada pelo colo do útero.	Encaminhar para avaliação da maternidade de referência.
Abortamento habitual ou recorrente	Perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações.	Encaminhar para avaliação da maternidade de referência.

Fonte: Guia rápido pré-natal (2025).

O manejo do abortamento nas maternidades será individualizado entre conduta expectante, medicamentosa ou cirúrgica, respeitando o desejo da mulher, quando clinicamente possível. A perda gestacional é um evento estressante, acompanhada de luto para a mulher e familiares. Para tanto, deve ser acompanhada pela equipe de saúde atentamente, com respeito e sensibilidade. Caso desenvolvam ansiedade ou depressão, devem ser encaminhadas ao acompanhamento psicológico (Brasil, 2022).

Nos casos de abortamentos espontâneos de repetição, dois ou mais, recomenda-se que o profissional de saúde investigue as causas. É fundamental uma anamnese detalhada com os antecedentes obstétricos, pessoais, familiares e reprodutivos da parceria. Ao considerar os fatores de risco: idade materna, tabagismo, consumo de álcool e drogas, cafeína em excesso, baixo índice de folato e extremos de peso (IMC <18 ou >35), pode-se fazer o encaminhamento ao ginecologista clínico para auxiliar na investigação e/ou tratamentos possíveis, via Sistema de Regulação.

Para os casos de abortamento legal, casos de interrupção da gravidez permitida por lei no Brasil (risco de vida para a gestante, gravidez resultante de estupro, inviabilidade fetal, anencefalia), a mulher precisa ser encaminhada à maternidade de referência, para situações de risco habitual ou para a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (referência de alto risco).

Nos casos de interrupção legal da gravidez decorrente de estupro, não é necessário registrar boletim de ocorrência, nem formalizar denúncia da violência, pedir autorização judicial ou realizar exame de corpo de delito. Se houver negativa administrativa para o procedimento, a mulher poderá ser encaminhada à Defensoria Pública do Estado de Sergipe para requerer a realização por ordem judicial.

Para crianças e adolescentes de até 19 anos incompletos, o serviço do Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil (CRAI), vinculado à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, é o responsável pela realização da interrupção, garantindo a assistência da equipe multidisciplinar, sendo necessária a assinatura do termo de consentimento pelo responsável legal, seguindo os protocolos institucionais.

O profissional de saúde deve orientar quanto à importância do planejamento reprodutivo pós-abortamento, indicando os métodos disponíveis e auxiliando-a na melhor escolha, considerando seu estado de saúde e condições clínicas.

Para dúvidas sobre planejamento reprodutivo, orienta-se a leitura do material: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, 2016.





6 *Violência Obstétrica*

A violência obstétrica refere-se a qualquer ação ou omissão praticada durante a gestação, parto, nascimento ou pós-parto – incluindo o atendimento ao abortamento – que cause danos físicos, psicológicos ou emocionais à mulher. Pode manifestar-se sob formas de agressões verbais, físicas, sexuais, negligência, condutas invasivas desnecessárias e atitudes desrespeitosas sem respaldo científico.

São exemplos de violência obstétrica: realização de procedimentos sem o consentimento da mulher; recusa injustificada de analgesia; impedimento da presença de acompanhante (direito garantido por lei); restrição à alimentação e liberdade de movimento; episiotomia ou cesariana sem indicação clínica; aplicação de ocitocina com a intenção exclusiva de acelerar o parto; Manobra de Kristeller; comentários ofensivos ou discriminatórios.

A Lei Estadual nº 9.748/2025, recentemente publicada, institui mecanismos de prevenção e enfrentamento à violência obstétrica, dispondo de penalidades e mecanismos de controle para o caso de seu descumprimento. Para leitura da lei na íntegra, pode-se utilizar o QR Code ao lado (Sergipe, 2025)

Os profissionais da APS devem explicar às gestantes os tipos de violência obstétrica e orientá-las como proceder, caso ocorra. A denúncia pode ser feita ao Ministério Público, Defensoria Pública ou Ouvidoria do SUS, pela vítima, acompanhante ou profissional de saúde.

Ficha de notificação compulsória, identificada no QR Code ao lado, é um instrumento de vigilância em saúde que precisa ser preenchido e será transformado em dado epidemiológico, permitindo ao poder público visualizar a magnitude do problema, identificar os padrões, fatores de risco, planejar e implementar políticas públicas efetivas de prevenção e enfrentamento.



Leia-me!



Leia-me!



7

Direitos Reprodutivos das Mulheres e Gestantes

O acesso à informação e aos direitos reprodutivos é fundamental para a autonomia das mulheres e a garantia de uma gestação segura e humanizada. No Estado de Sergipe, como em todo o território nacional, os direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal são assegurados pela legislação brasileira, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que regula a atenção básica e especializada à saúde da mulher. Alguns direitos foram citados no decorrer deste documento, além destes, segue o Quadro 32.

Quadro 32 - Direitos assegurados e legislações.

DIREITOS	CONCEITO
Lei da Gestante Estudante (Lei Federal nº 6.202/1975)	Garante às estudantes gestantes o direito ao regime de exercícios domiciliares a partir do oitavo mês de gestação, por no mínimo três meses, mediante atestado médico, sem prejuízo da realização dos exames finais.
Lei Federal nº 10.048/2000	Estabelece atendimento preferencial a gestantes, mães com Ocrianças de colo, idosos e pessoas com deficiência em estabelecimentos públicos e privados do município de Aracaju/SE.
Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005)	Assegura à mulher o direito de estar acompanhada por pessoa de sua escolha durante o trabalho de pré – parto, parto e pós-parto imediato, em todas as maternidades públicas e conveniadas ao SUS.
Lei da Vinculação à Maternidade (Lei Federal nº 11.634/2007)	Garante à gestante o direito de ser informada, no momento do pré-natal, sobre qual maternidade receberá sua assistência ao parto, dentro da rede
Lei nº 12.010/2009 – entrega legal da criança para adoção	A decisão pode ser comunicada durante o pré-natal, parto ou puerpério, sendo necessário o encaminhamento ao Judiciário pela equipe de saúde. A mulher deve ser atendida sem julgamentos, com garantia de sigilo, apoio psicológico e acesso a todas as consultas de pré-natal. A mulher tem direito a contato com o bebê até a alta hospitalar, e pode desistir da entrega sem constrangimentos A alta do bebê com intenção mantida de entrega exige acionamento do Conselho Tutelar. A mulher também deve receber visita domiciliar no puerpério, com garantia de sigilo e acompanhamento humanizado.
Lei Estadual nº 8.941/2021 (Programa SPI)	Institui o Programa Sergipe pela Infância (SPI), com foco no desenvolvimento infantil e apoio à primeira infância. Prevê o benefício “CMAIS – Sergipe pela Infância” para famílias em vulnerabilidade com crianças de até 3 anos.

(Continua)

Lei nº 14.443/2023	Direito ao planejamento reprodutivo, laqueadura tubária e vasectomia, para pessoas com 21 anos ou pelo menos 2 filhos vivos, podendo ser realizada durante o parto, se parto cesáreo, com solicitação e manifestação da vontade com pelo menos 60 dias de antecedência.
Lei Estadual nº 9.393/2024	Garante a presença de doulas durante todo o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato, em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Estado de Sergipe. A doula deve apresentar certificação e atuar em comum acordo com a parturiente, sem vínculo empregatício com o hospital.
Lei Estadual nº 9.748/2025	Enfrentamento à violência obstétrica.
Direitos sociais e trabalhistas da gestante e puérpera	Prioridade no atendimento em repartições públicas, estabelecimentos de saúde e transportes públicos. Direito à gratuidade na emissão da certidão de nascimento do bebê em qualquer cartório. Direito à creche para os filhos de trabalhadoras em empresas com mais de 30 funcionárias, conforme a CLT. Estabilidade no emprego: a gestante não pode ser demitida sem justa causa desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto (Art. 10, ADCT da Constituição Federal). Proibição de discriminação por motivo de gravidez ou casamento (CLT, Art. 391 e 391-A).
Interrupção da Gravidez nos Casos Legais	O aborto é legal e garantido gratuitamente nos seguintes casos: risco à vida da gestante; gravidez decorrente de estupro, inclusive em menores de 14 anos (Lei nº 12.015/2009); feto anencéfalo (aborto terapêutico). Não há exigência de boletim de ocorrência ou laudo pericial. A mulher tem direito a um atendimento seguro, gratuito e respeitoso. As maternidades de risco habitual e a maternidade de alto risco devem acolher a mulher para a realização do procedimento, considerando sua condição clínica. Às crianças e adolescentes, existe o Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil de Sergipe (CRAI), responsável pelo procedimento, com equipe multiprofissional, garantindo segurança e assistência adequada à paciente.

Fonte: Brasil (2009).



8

Conclusão

A assistência do pré-natal em Sergipe tem avançado, mas ainda enfrenta desafios significativos. A continuidade do acompanhamento, a melhoria da articulação com serviços especializados e a garantia de orientação adequada às gestantes são áreas que requerem atenção contínua. Além da orientação, é fundamental que a gestante tenha condições de acessibilidade para garantir a efetividade do cuidado.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), as visitas domiciliares devem ser priorizadas em casos de ausência às consultas, visando alcançar aquelas gestantes que, por algum motivo, não conseguem comparecer às unidades de saúde. No Programa Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento (PNAPN), para gestantes que residem longe de sua residência, os municípios devem garantir meios de transporte adequados para o deslocamento, além de garantir o acesso às terapêuticas propostas nesses serviços.

Nas maternidades, é importante que existam condições claras de indicação para o parto e internações, com essas informações sendo publicizadas nos processos de Acolhimento e Classificação de Risco. Além disso, devem ser estabelecidos mecanismos de transferência entre os serviços de saúde, caso a maternidade não tenha recursos ou infraestrutura para atender àquela gestante.

Com esforços coordenados e políticas eficazes, é possível aprimorar ainda mais a saúde materno-infantil no Estado, garantindo o acesso universal e de qualidade a todas as gestantes, independentemente das dificuldades enfrentadas.

Para abordar esses desafios, o Governo de Sergipe tem implementado diversas iniciativas. A Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, tem mobilizado 75 municípios do Estado para melhorar os indicadores de saúde materno-infantil. As ações incluem treinamentos, capacitação de profissionais e a implementação de protocolos de atendimento que visam assegurar a qualidade do pré-natal e do atendimento ao parto.

Apesar do aumento da organização dos serviços de saúde básica nos municípios, ainda é necessário melhorar a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente em relação ao cuidado, acesso e rapidez dos exames e a integração dos serviços de saúde básica com o cuidado especializado à mãe e ao bebê.

Espera-se que tais medidas contribuam significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil em Sergipe, promovendo a redução das taxas de mortalidade e assegurando um atendimento mais eficaz, abrangente e centrado nas necessidades de gestantes, recém-nascidos e crianças, fortalecendo assim a qualidade do cuidado prestado e os resultados em saúde da população materno-infantil, com vistas à promoção de uma atenção mais integrada e equitativa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 8. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2023_8ed.pdf. Acesso em: 29 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para dispor sobre a esterilização voluntária. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 169, p. 1, 5 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2021-2022/2022/lei/L14443.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestação de Alto Risco.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 5.534, de 21 de outubro de 2024.** Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS:** Recomendações para cuidados com gestantes infectadas pelo HPV. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 252/2024:** recomendações sobre a suplementação de cálcio na gestação. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações.** Calendário vacinal da gestante 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha:** garantindo direitos e proteção à vida das mulheres e crianças no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

COUTINHO, P. R. et al. Estratificação de risco na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 4, p. 1049-1058, out.-dez. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de Orientações:** pré-natal. 2021.

FREITAS, M.B. et al. Caracterização do uso de suplementos de micronutrientes por crianças brasileiras de 6-59 meses de idade: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019). **Cad. Saúde Pública**, 39; Sup 2. 2023. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2024/02/Freitas-et-al-2023-Caracterizacao-do-uso-de-suplementos-de-micronutrientes.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

KORKES, H. A. et al. **Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025**. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 33 (Suppl 1), 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2024.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública** 35 (7), 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?format=html&lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2024.

MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES (MNSL) (Sergipe). **Fluxo de Acesso à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL)**. Setembro 2023. Aracaju, SE.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.470-477, 29 set. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recommendations for Augmentation of Labor**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-of-labour/en/. Acesso em: 9 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2016.

SERGIPE. Governo do Estado de Sergipe. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Redução da Mortalidade Materno Infantil e Fetal da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. 2022-2030**. Aracaju, 2024.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Lei Ordinária n° 9748 de 1 de setembro de 2025**. Institui mecanismos de prevenção e enfrentamento à violência obstétrica no Estado de Sergipe; dispõe sobre a assistência humanizada, antirracista, não transfóbica e respeitosa à pessoa gestante, parturiente e puérpera; e dá providências correlatas. Disponível em: <https://legislacao.se.gov.br/visualizar/lei-ordinaria/9.748>. Acesso em: 5 set. 2025.

SILVA, F. M. et al. **Classificação de risco gestacional e assistência pré-natal**. São Paulo: Edusp, 2018.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cadernos de saúde pública, v. 30, p. S85-S100, 2014.



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO