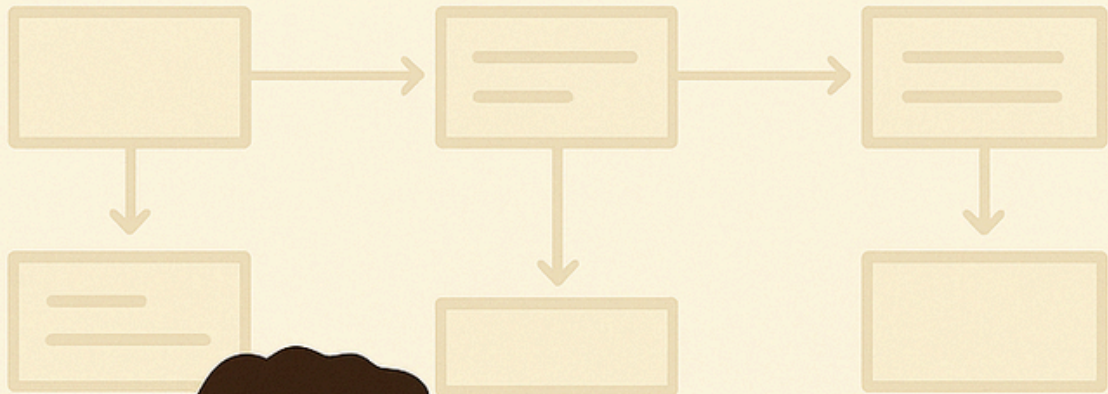


# LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL DO ESTADO DO TOCANTINS

## GUIA PRÁTICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Vânio Rodrigues de Souza

**Secretário de Estado da Saúde**

Daniel Borini Zemuner

**Superintendente de Políticas de Atenção à Saúde**

Lourena Figueredo Marra

**Diretoria da Atenção Primária**

Caroline Borges Tomazi

**Diretoria de Atenção Especializada**

Maria Odete da Silva Souza Guimarães

**Gerência de Áreas Estratégicas para os Cuidados Primários**

**Equipe Técnica de elaboração:**

Adriana Brito Costa Conceição

Ana Clara Castro Fideles de Oliveira Resende

Ângela Costa Soares

Bejanira Meneses da Silva Ribeiro

Elizabeth Da Silva Damasceno

Elizeth Mendes Lima

Karen Carolinne Xavier Gonçalves

Klebiana Ferreira Pinheiro de Souza

Lindalva Ferreira da Silva

Mário Victor Sousa Lima Vasconcelos

Renata Ribeiro Cunha Palazzo

Thaís Sales Carvalho Oliveira

**Equipe Técnica de Colaboração – SPAS/DAE**

Gerência de Média e Alta Complexidade

Gerência de Urgência e Emergência

Gerência de Rede de Atenção Psicossocial

**Equipe Técnica de Colaboração – SUHP**

Diretoria de Apoio a Gestão Hospitalar

Gerência de Administração Hospitalar

**Equipe Técnica de Colaboração – SRCPCD**

Coordenação de Triagem Neonatal

PALMAS

2025

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Exames Solicitados no Pré-natal	13
Quadro 2: Suplementação Vitamínica Recomendada na Gestação e no Puerpério	21
Quadro 3: Esquema vacinal na Gestação	22
Quadro 4: Estratificação de Risco Gestacional	32
Quadro 5: Organização da Atenção Especializada no Estado do Tocantins	64
Quadro 6: Referências de atendimento às consultas especializadas em ginecologia e obstetrícia por Região de Saúde - Tocantins	65
Quadro 7. Indicações para consultas em Ambulatório de Medicina Fetal	72
Quadro 8: Atenção Hospitalar na Linha de Cuidado Materno-Infantil no Tocantins	75
Quadro 9: Classificação do índice de APGAR	84
Quadro 10: Classificação de Recém Nascido com relação a idade gestacional	84
Quadro 11: Ordenação do Cuidado da Criança na Rede de Atenção Materno Infantil	85

## 01.

### APRESENTAÇÃO

1.1 Objetivo da versão resumida	5
1.2 Como utilizar este documento	5

## 02.

### PRINCÍPIOS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

2.1 Fluxo visual dos princípios (promoção à saúde, puerpério e RN e cuidado integral)	6
---	---

## 03.

### FLUXOS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

3.1 Fluxo – Atenção Primária à Saúde na Linha de Cuidado Materno-Infantil	9
3.2 Fluxo – Propedêutica Clínica Obstétrica (Recomendações)	11
3.2.1 Exames solicitados no pré-natal	13
3.3 Fluxo – Plano de Parto	24
3.4 Fluxo – Pré-Natal do Parceiro	26
3.5 Fluxo – Pré-Natal Odontológico	29
3.6 Fluxo – Estratificação de Risco na Gestação	31
3.7 Fluxo – Principais Comorbidades na Gestação	38
3.8 Fluxo – Atendimento às Gestantes Indígenas	48
3.9 Fluxo – Atendimento à Gestante Negra/Quilombola	50
3.10 Fluxo – Atendimento da Gestante em Situação de Rua	52
3.11 Fluxo – Atendimento às Pessoas Transexuais e Travestis no Pré-Natal e Puerpério	54
3.12 Fluxo – Gestante com Transtorno Mental e/ou Uso de Álcool e Outras Drogas	56
3.13 Fluxo – Atendimento da Gestante Privada de Liberdade	58
3.14 Fluxo – Prevenção e Enfrentamento da Violência Obstétrica	62
3.15 Fluxo – Atenção Especializada Materno-Infantil (AAE)	69
3.16 Fluxo – Ambulatório de Medicina Fetal	73
3.17 Fluxo – Atenção Hospitalar na Linha de Cuidado Materno-Infantil	77
3.18 Fluxo – Atenção no Puerpério	79
3.19 Fluxo – Atenção ao Recém-Nascido e à Saúde da Criança	82
3.20 Fluxo – Humanização do Atendimento na Sala de Parto	87
3.21 Fluxo – Cuidados Integrados do Bebê (Gestação aos 2 anos)	89
3.22 Fluxo – Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)	95
3.23 Fluxo – Imunização na Linha de Cuidado Materno-Infantil	96
3.24 Fluxo – Aleitamento Materno: Promoção, Incentivo e Orientação	99
3.25 Fluxo – Alojamento Conjunto	101
3.26 Fluxo – Puericultura (0 a 2 anos)	103
3.27 Fluxo – Atenção às Infecções Congênitas (STORCH+Z)	106
3.28 Fluxo – Proteção contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR)	109
Referências Bibliográficas	110

# 1. APRESENTAÇÃO

A Linha de Cuidado Materno-Infantil do estado do Tocantins organiza os serviços de saúde para oferecer atenção integral, humanizada e segura à mulher, ao bebê e à criança até os 2 anos de idade, promovendo o cuidado em todas as etapas do ciclo reprodutivo e materno-infantil.

Esta versão foi elaborada para ser uma ferramenta prática de consulta rápida, destacando os principais fluxos assistenciais que orientam o percurso da gestante, do recém-nascido e da criança na rede de atenção à saúde do Estado do Tocantins.

## 1.1 Objetivo

- Disponibilizar um material de fácil manuseio, para profissionais da APS, AAE e hospitais.
- Facilitar a visualização dos fluxos assistenciais, garantindo cuidado oportuno e organizado.
- Apoiar a tomada de decisão rápida no atendimento à mulher, ao bebê e à criança.
- Fortalecer a integração entre os níveis de atenção, reduzindo falhas na comunicação e na contrarreferência.

## 1.2 Como utilizar este documento

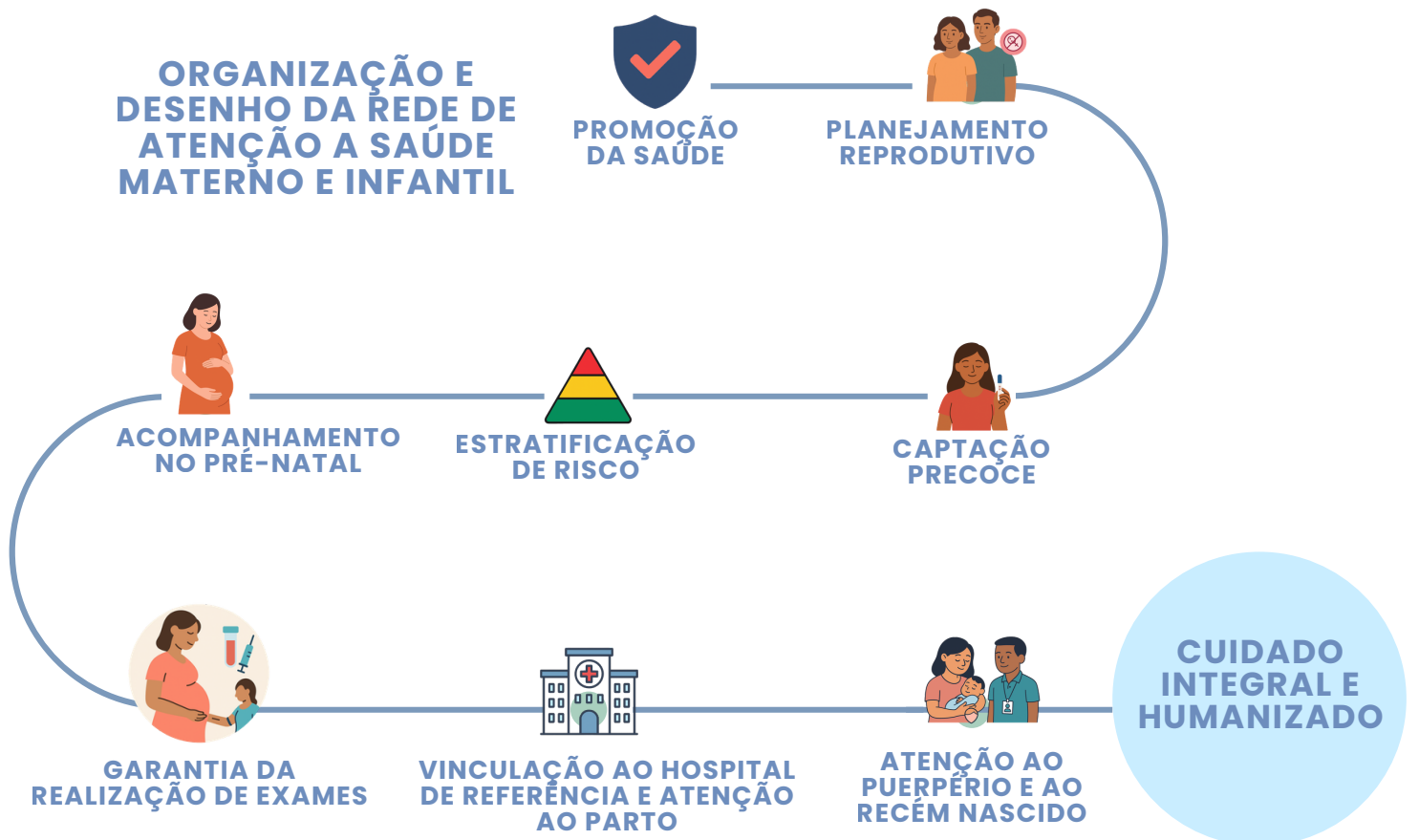
- Consulta Rápida: Utilize este documento como guia prático durante atendimentos, reuniões de equipe e discussões de casos.
- Identificação de Percurso: Cada fluxo mostra o caminho que a gestante, o bebê ou a criança devem percorrer na rede de atenção.
- Encaminhamentos e Regulação: Siga os fluxos para definir corretamente quando e para onde encaminhar cada paciente.
- Integração entre Serviços: Use os fluxos para fortalecer a articulação entre APS, AAE e hospitais, garantindo que a contrarreferência seja cumprida.
- Treinamento de Equipes: Este documento pode ser usado em capacitações e oficinas, promovendo a padronização dos atendimentos.

## 02.

## PRINCÍPIOS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

A Linha de Cuidado Materno-Infantil organiza o percurso da mulher, do bebê e da criança na rede de atenção à saúde, garantindo cuidado integral, humanizado e em tempo oportuno.

Seus princípios seguem uma linha contínua de atenção, que vai desde: promoção à saúde, planejamento reprodutivo, captação precoce da gestante, pré-natal e estratificação de risco, vinculação ao parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Esse caminho vai resultar em um cuidado integral e humanizado.



Nesse contexto apresentamos os 10 passos para Reduzir a Morbimortalidade Materna, sabendo que morte materna é um grave problema de saúde pública mundial e possui múltiplos fatores para a sua ocorrência. As ações de cuidado implementadas nos serviços de saúde impactam, decisivamente na redução dessas mortes. Esses 10 passos trilham o caminho que objetiva a melhoria dos processos assistenciais na saúde da gestante e da puérpera, para a redução da morbimortalidade materna.

## 10 PASSOS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

1. Garantir **encontros de qualidade**, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.
2. Instituir ações de **profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas** durante o pré-natal.
3. Realizar **triagem oportuna de infecções** do trato geniturinário.
4. **Identificar precocemente sinais de gravidade** clínica materna e garantir tratamento oportuno.
5. Oferecer **treinamento das equipes** de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.
6. Garantir o **reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves** na gestação.
7. Garantir o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos **quadros infecciosos** na gestação.
8. Garantir o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das **síndromes hemorrágicas** na gestação e puerpério.
9. **Reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias.**
10. Garantir **vigilância e assistência permanente no puerpério.**



## 3.1

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL**

A APS é a porta de entrada da linha de cuidado materno-infantil, sendo responsável por:

**Acolhimento e Cadastro**

- Identificação de mulheres em idade fértil, gestantes e casais para planejamento reprodutivo.
- Registro no e-SUS e entrega da caderneta da gestante.

**Início do Pré-Natal e Ações Iniciais**

- Captação precoce da gestante.
- Primeira consulta com anamnese, exame físico e solicitação de exames laboratoriais.
- Suplementação, vacinação e orientações sobre sinais de risco.

**Acompanhamento Rotineiro**

- Consultas de pré-natal conforme protocolo (mínimo 7).
- Estratificação de risco gestacional (habitual, intermediário ou alto).
- Ações complementares: grupos de gestantes, saúde bucal e visitas domiciliares.

**Encaminhamentos e Regulação**

- Risco habitual → acompanhamento exclusivo na APS.
- Risco intermediário ou alto → encaminhamento à AAE ou hospital de referência via **SISREG**.

**Continuidade do Cuidado**

- Vinculação ao local de parto conforme risco.
- Acompanhamento no puerpério e puericultura, garantindo integração com a rede.



### Ações Iniciais na APS

- Planejamento sexual e reprodutivo: oferta de métodos contraceptivos e aconselhamento.
- Captação precoce da gestante: teste rápido de gravidez e início imediato do pré-natal.
- Primeira consulta de pré-natal: avaliação clínica, solicitação de exames, suplementação, vacinação.

### Ações complementares:

- Saúde bucal da gestante
- Atividades educativas e grupos de gestantes
- Busca ativa e visita domiciliar

### Encaminhamentos via APS

- Gestante de risco habitual → permanece em acompanhamento na própria UBS.
- Gestante de risco intermediário ou alto → encaminhada à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) **via SISREG**.
- Contrarreferência → retorno à APS para seguimento compartilhado.

### Entrada na APS

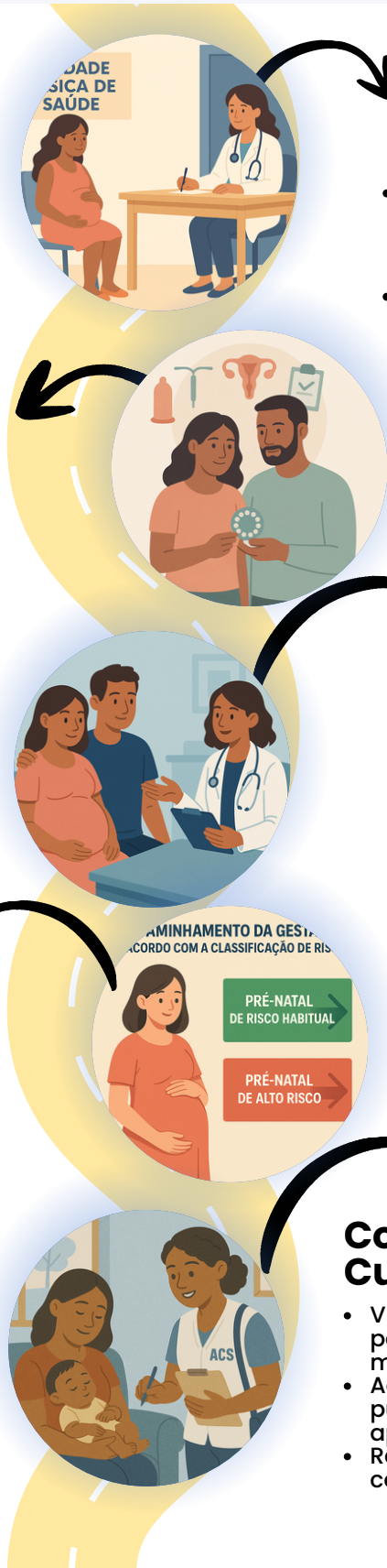
- Mulher em idade fértil, gestante ou casal busca a UBS de referência.
- Acolhimento pela equipe de Saúde da Família (eSF) e registro no e-SUS.

### Acompanhamento Rotineiro na APS

- Consultas de pré-natal conforme protocolo (mínimo 7).
- Estratificação de risco: habitual, intermediário ou alto.
- Encaminhamentos e contrarreferências conforme necessidade.

### Continuidade do Cuidado

- Vinculação ao hospital de parto conforme risco e macrorregião.
- Acompanhamento no puerpério e puericultura após alta hospitalar.
- Registro e monitoramento contínuo no e-SUS.



A propedêutica clínica obstétrica é fundamental para garantir segurança à gestante e ao bebê, permitindo diagnóstico precoce, prevenção de complicações e encaminhamento oportuno.

#### **Primeira Consulta de Pré-Natal**

- Acolhimento, anamnese detalhada e exame físico completo.
- Exame ginecológico, se indicado.
- Solicitação de exames laboratoriais conforme **quadro 1**.

#### **Consultas de Seguimento**

- Aferição de pressão arterial, peso e medida da altura uterina.
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais.
- Avaliação de edemas e sinais de risco.
- **Revisão de exames laboratoriais e de imagem.**

#### **Condutas Frente a Achados Clínicos**

- Gestante sem intercorrências → segue acompanhamento na APS.
- Sinais de risco identificados → **encaminhamento imediato à AAE ou hospital de referência.**

#### **Educação em Saúde e Continuidade do Cuidado**

- Orientações sobre sinais de alerta e autocuidado.
- Envolvimento do parceiro no pré-natal.
- Registro em caderneta da gestante e e-SUS, com contrarreferência quando necessária.



### Primeira Consulta de Pré-Natal

- Acolhimento e anamnese detalhada: história clínica, obstétrica e social.
- Exame físico completo: aferição de pressão arterial, IMC, ausculta cardíaca e respiratória.
- Exame ginecológico e obstétrico inicial: inspeção.
- Solicitação dos exames laboratoriais iniciais conforme **quadro 1**.



### Consultas de Seguimento

#### Avaliação clínica e obstétrica em todas as consultas:

- Medida da altura uterina
- Verificação de batimentos cardíacos fetais (BCF)
- Aferição da pressão arterial
- Avaliação de edemas e sinais de risco
- Revisão de exames laboratoriais e de imagem conforme idade gestacional
- Registro de informações na caderneta da gestante e no e-SUS de maneira qualificada.



### Condutas Frente a Achados Clínicos

- Gestante sem intercorrências → mantém acompanhamento na APS
  - Sinais de risco identificados por exemplo:
    - Hipertensão
    - Edema
    - Sangramentos
    - Dor intensa
    - Alterações laboratoriais graves
- **Encaminhamento imediato para AAE ou maternidade de referência via regulação**



### Continuidade do Cuidado

- Garantir contrarreferência em casos de atendimento na **AAE ou hospital**
- Manter registro e monitoramento no e-SUS
- Integrar informações ao plano de parto e nascimento



### Educação em Saúde Durante as Consultas

- Orientar sobre sinais de alerta e quando procurar a unidade
- Incentivar pré-natal do parceiro
- Promover planejamento para o parto e puerpério



# FLUXOGRAMA: CONSULTA PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DA APS

**Início da Consulta de Pré-Natal**  
Preferencialmente até a 12ª semana de gestação.

**Acolhimento da gestante**  
Anamnese completa  
Exame físico (geral e obstétrico)  
Verificação de sinais de alerta

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**  
Avaliação contínua de fatores clínicos, obstétricos e socioambientais (em todas as consultas)

**IMPORTANTE**  
Após o parto, realizar consulta puerperal e acompanhar a criança nas consultas de puericultura.

**Se risco habitual**

**Seguimento na Atenção Primária à Saúde (APS)**

- Consultas mensais até 28 semanas;
- Consultas quinzenais de 28 a 36 semanas;
- Consultas semanais após 36 semanas; **(consultas intercaladas com médico e enfermeiro)**
- Solicitação e avaliação de exames laboratoriais;
- Vacinação, suplementação (ferro/ácido fólico), orientações sobre parto e plano de parto;
- Participação ativa do acompanhante/parceiro.

**Risco Intermediário**

Atendimento na Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório pré-natal de alto risco

**Se alto risco**

**Encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco**

- Referenciar para maternidade ou ambulatório de alto risco;
- Garantir acesso e contrarreferência;
- Seguir acompanhando na APS conforme plano compartilhado.

- Solicitar exames do 1º, 2º e 3º trimestre;
- Realizar testes rápidos - IST;
- Preencher caderneta da gestante;
- Classificação do estado nutricional;
- Verificar aspectos psicológicos e a necessidade de encaminhamento ao psicólogo;
- Realizar agendamento para o cuidado continuado;
- Atualização da caderneta de vacina;
- Prescrição de medicações/suplementos preconizadas.

**Reavaliação Contínua em Todas as Consultas**

- Verificar evolução gestacional;
- Monitorar possíveis alterações no risco; **(Estratificação de Risco) a cada nova consulta.**

## 3.2.1

## QUADRO1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

EXAME	TRIMESTRE	RESULTADO	CONDUTA
Tipagem Sanguínea (ABO e Rh)	1º	Gestante Rh Negativo	<p><b>Solicitar Coombs Indireto</b></p> <p><b>Coombs negativo:</b> Deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana.</p> <p><b>Coombs positivo:</b> Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
		Gestante Rh Positivo, gestante sensibilizada	Manejo Pré Natal de Risco habitual
Hemograma	1º, 2º e 3º	Hemoglobina > 11g/dl (Ausência de anemia)	<p>Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar.</p> <p><b>Recomenda-se ingerir a medicação aproximadamente 30min antes das refeições e acompanhado de Vitamina C (Laranja, limão).</b></p>
		Hemoglobina entre 8-11 g/dl - VGM <80 (Anemia leve a moderada).	Suplementação de ferro 03 drágeas de sulfato ferroso /dia (200mg), que corresponde a 120mg de ferro elementar.
		Hemoglobina <8 g/dl (Anemia grave).	Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de Hemoglobina	1º	Hb AA (padrão normal) Hb A com qualquer variante (gestante sem doença falciforme).	Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais.

continua

### 3.2.1

## QUADRO 1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

Eletroforese de Hemoglobina	1º	Hb AS (traço falciforme)	Investigar a possibilidade do pai da criança possuir o diagnóstico do traço falciforme.
		Hb SS, Hb SC, Hb Sβ+tal, Hb Sβ0tal ou Hb SD Punjab (doença falciforme)	Compartilhar com o pré-natal de Alto Risco.
Glicemia de Jejum	1º, 2º e 3º (antes da 20ª semana)	< 92 mg/dl <b>(Gestação normal)</b>	Realizar Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) de 24 a 28 semanas de gestação.
		Entre 92 e 125 mg/dl <b>(Diabetes Mellitus Gestacional)</b>  ≥ 126 mg/dl <b>(Diabetes Prévia)</b>	-Realizar automonitoramento da glicemia capilar; <i>Compartilhar com o pré-natal de Alto Risco.</i> <b>Obs.:</b> A glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL e <126 mg/dL é suficiente para diagnosticar o DMG, não sendo indicada a realização do TOTG, pois o diagnóstico já foi confirmado pelo exame inicial.
Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) 75g (2h)	2º	<b>Jejum &gt; 92 mg/dl</b> ≥ 180 mg/dl (1h) ≥ 153mg/dl (2h)	Um valor alterado DMG. Puerpério: Recomenda-se realizar um novo TOTG de 06 a 12 semanas após o parto para reavaliar seu metabolismo da glicose. <b>Define DM:</b> Jejum ≥ 126 mg/dL; 2h ≥ 200 mg/dL.

continua

## 3.2.1

## QUADRO 1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

HTLV	1º	Exames: Sorologia e Western-blot (WB)	Após o exame de sorologia ser positivo é necessário um segundo teste Western-blot (WB) para confirmar o diagnóstico. <b>O profissional deve realizar a notificação compulsória SINAN e encaminhar para equipe de atendimento especializado multiprofissional.</b>
Teste rápido para Sífilis (Teste Treponêmico)	1º e 3º	TR negativo	Realize sorologia no 1º e 3º trimestre, no momento do parto, em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual.
Teste rápido para Sífilis (Teste Treponêmico)	1º e 3º	TR positivo	<b>Iniciar o tratamento independente do resultado de outro teste.</b>  Coletar amostra para o segundo exame (VDRL-Teste não Treponêmico para acompanhamento de titulação)  Caso o segundo exame não for reagente: realizar terceiro exame FTA-Abs (teste Treponêmico com metodologia diferente do primeiro).
Sorologia para Sífilis (VDRL) Teste não treponêmico	1º e 3º	VDRL Negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto, em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual.

continua

## 3.2.1

## QUADRO 1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

Teste rápido diagnóstico para HIV	1º e 3º	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e compartilhe o atendimento com o Pré Natal de Alto Risco e serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
		TR Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	1º e 3º	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e compartilhe o atendimento com o Pré Natal de Alto Risco e serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
		Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Teste rápido para Hepatite B ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	1º	Negativo	Orientações quanto redução de riscos; Avaliar situação vacinal contra hepatite B.
		Positivo	Notificar e compartilhar o cuidado com o Pré-natal de alto Risco.

*continua*

Toxoplasmose, IgM e IgG	1º 2º e 3º	(IgM e IgG não reagentes) Gestantes suscetíveis para <i>T. gondii</i>	<p>Orientar quanto ao risco de adquirir infecção aguda na gestação; Evitar contato com fezes de gatos e alimentos mal cozidos ou mal higienizados.</p> <p>Repetir a sorologia, idealmente, todos os trimestres para detectar precocemente uma soroconversão.</p>
		Sorologia IgG reagente e IgM não reagente	<p>Se essa sorologia for realizada tardiamente na gestação, não é possível excluir uma infecção aguda ocorrida no início.</p>
		Sorologia IgM reagente e IGG não reagente	<p>Iniciar espiramicina imediatamente e repetir a sorologia em duas a três semanas; Se a repetição da sorologia mantiver IgG não reagente, trata-se de falso-positivo de IgM, recomenda-se suspender a espiramicina e conduzir a gestante como suscetível; Se ocorrer a positivação de IgG, estamos diante de uma soroconversão, ou seja, confirma-se a infecção aguda materna por <i>T. gondii</i>. Independente da idade gestacional, deve ser mantida a espiramicina e encaminhada para o serviço de MEDICINA FETAL.</p>

continua

### 3.2.1

## QUADRO 1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

Toxoplasmose, IgM e IgG	1º 2º e 3º	Sorologia IgM reagente e IGG não reagente	Em gestações $\geq 16$ semanas pode ser realizada a troca para o esquema tríplice em função do diagnóstico da contaminação fetal a ser realizado no ambulatório de medicina fetal.
		Sorologia IgM reagente e IGG reagente	<p>Deve ser interpretada como infecção aguda com início imediato do medicamento (Espiramicina) e em gestação menor ou igual 16 semanas deve ser solicitado o teste de avides de IGG, (se possível na mesma amostra sanguínea que detectou IgM e IgG);</p> <p>Caso o resultado do teste seja AVIDEZ ALTA em gestantes com IG abaixo de 16 semanas descarta-se que a infecção tenha ocorrido na gestação em curso. Suspende-se a espiramicina e a gestante é mantida no pré-natal de risco habitual;</p> <p>Se a AVIDEZ for INTERMEDIÁRIA OU BAIXA, considera-se infecção aguda, mantém-se a espiramicina e compartilha o atendimento da gestante com o serviço de referência em Medicina Fetal (HDMR).</p>

*continua*

## 3.2.1

## QUADRO 1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

Urina tipo I	1º e 3º	Proteinúria	<p>“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, compartilhe a gestante com pré-natal de alto risco; “Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco; “Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
		Piúria/bacteriúria/leucocitúria	<p>Solicitar a urocultura e antibiograma Tratar a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente;</p> <p>Solicitar o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento; Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, é necessário compartilhar a gestante ao pré-natal de alto risco; Caso haja suspeita de pielonefrite (febre, dor lombar e/ou Giordano positivo) encaminhar a gestante ao hospital de referência .</p>
		Cilindrúria	<p>Considerar risco de cálculo renal, e referir ao pré-natal de alto risco.</p>

continua

## 3.2.1

## QUADRO 1: EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

Urina tipo I	1º e 3º	Hematúria	Considerar ITU e em caso de piúria proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.  Hematúria isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
Urocultura	1º e 3º	Cultura positiva (>100.000 col/ml)	Tratar ITU e acompanhar com uroculturas mensais.
Citopatológico do colo uterino	1º	Coletar o exame, caso o último resultado tenha mais de um ano, preferencialmente na primeira avaliação/consulta do pré-natal, mas pode ser colhido em qualquer período da gestação; Se forem identificadas alterações, prosseguir com a propedêutica; Caso haja confirmação de lesão cancerígena, avaliar tratamento com equipe oncológica/Ginecologista e pré-natal de alto risco.	
Ultrassonografia Obstétrica	1º	Solicitar na primeira consulta de pré-natal;	
<b>Adicionais (Com suspeita epidemiológica)</b>			
Doença de Chagas	Em qualquer trimestre	Dois testes sorológicos anti- T cruzi para doença de Chagas, (ELISA/IFI/HAI) para gestantes procedentes ou residentes em área endêmica para doença de chagas; <b>Confirmada a Infecção por T. Cruzi, avaliar comprometimento da gestante (avaliação clínica e ECG);</b> <i>Compartilhar com o Pré-natal de Alto Risco.</i> <b>No momento do parto: Investigar infecção por T. cruzi no recém nascido.</b>	

continua



## 3.2.1

## EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL

Malária	Em qualquer trimestre	Gota espessa ou Teste de Diagnóstico Rápido para malária para gestantes sintomáticas, a qualquer trimestre. Iniciar tratamento de acordo com o preconizado pelo MS; Compartilhar com o Pré-natal de Alto Risco.
---------	-----------------------	---

Fonte: Brasil, 2022; Brasil, 2015.

Fonte: Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

Fonte: Nota Técnica Nº 84/2021-CGZV/DEIDT/SVS/MS.

## 3.2.2

## QUADRO 2: SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA RECOMENDADA NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

SUPLEMENTO	CONDUTA	PERIODICIDADE	PROFISSIONAL
Sulfato Ferroso	40mg/dia de ferro elementar (200 mg de sulfato ferroso); <b>Ingerir 30 minutos antes das refeições</b> , preferencialmente com suco de frutas cítricas (limão, laranja, etc.)	Ingerir diariamente na gestação e até 3 meses pós-parto (puerpério).	Médico e Enfermeiro
Ácido Fólico	400µg (0,4 mg/dia)	Ingerir diariamente pelo menos 2 meses antes do período que planeja engravidar e até a 12ª semana de gestação.	Médico e Enfermeiro
Carbonato de cálcio	1.250 mg (500 mg de cálcio); Ingerir junto com as refeições para melhor absorção (evitar o uso concomitante com o ferro).	Ingerir dois (2) comprimidos de carbonato de cálcio ao dia, equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar, para todas as gestantes, com <b>início na 12ª semana de gestação até o momento do parto.</b>	Médico, Enfermeiro e Nutricionista

Fonte: Brasil, 2015, Brasil, 2024.

## 3.2.3

## QUADRO 3: ESQUEMA VACINAL NA GESTAÇÃO

VACINA	ESQUEMA BÁSICO	PERÍODO GESTACIONAL RECOMENDADO
Hepatite B HB - recombinante	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	A qualquer momento da gestação.
Difteria e Tétano (dT)	Iniciar ou completar o esquema, de acordo o histórico vacinal	A qualquer momento da gestação. <b>Atentar para a indicação da dTpa a partir da 20<sup>a</sup> semana gestacional.</b>
Difteria, Tétano e Pertussis (acelular) * (dTpa)	Uma dose, a cada gestação	A partir da 20 <sup>a</sup> semana gestacional.
Influenza	Uma dose, a cada gestação	Em qualquer idade gestacional para todas as gestantes e puérperas (até 42 dias após o parto).
Covid - 19	Avaliar histórico vacinal	Em qualquer idade gestacional para todas as gestantes e mulheres no puerpério (até 42 dias após o parto).
VSR A e B (recombinante)	Uma dose, a cada gestação	É recomendada entre 24 <sup>o</sup> e 36 <sup>o</sup> semanas de gestação, sendo idealmente aplicada entre 32 e 36 semanas.

Fonte: Brasil, 2022, Brasil, 2025.

**Obs:** Para as gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível, até 42 dias pós-parto.



O plano de parto é um instrumento de autonomia da gestante, construído durante o pré-natal, que organiza as preferências para o parto e nascimento, fortalecendo o protagonismo da mulher e a humanização da assistência.

#### **Elaboração do Plano de Parto**

- Construído durante o pré-natal na APS, com participação da gestante e, se desejado, do parceiro/família.
- Registro das preferências da gestante, incluindo:
  - Posição para o parto
  - Presença de acompanhante
  - Métodos de alívio da dor
  - Cuidados com o recém-nascido (contato pele a pele, aleitamento precoce)

#### **Discussão e Atualização**

- Revisado em consultas subsequentes de pré-natal.
- Orientação sobre direitos da gestante e boas práticas de parto.
- Vinculação da gestante à maternidade de referência para garantir a execução do plano.

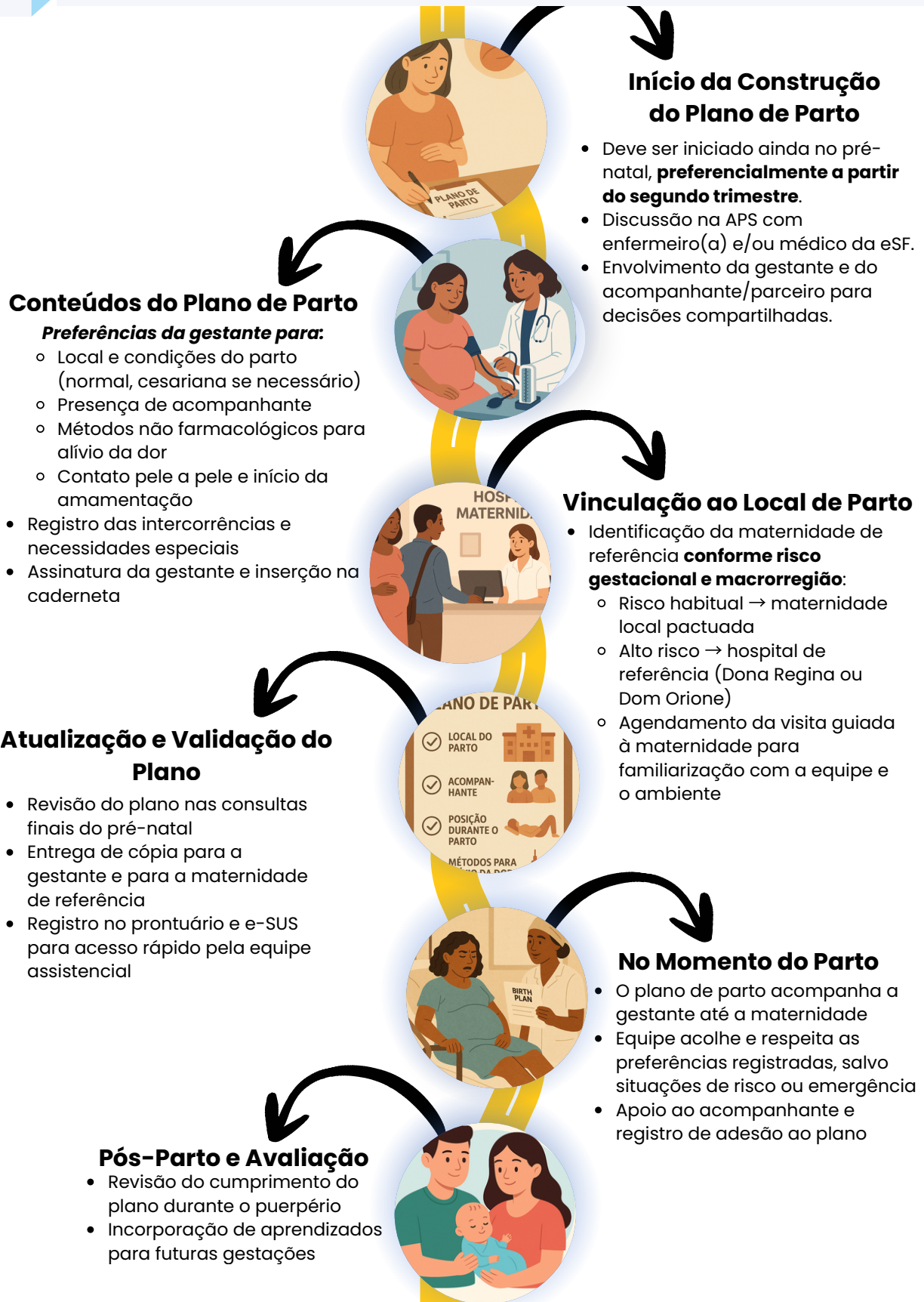
#### **Aplicação na Maternidade**

- O plano acompanha a gestante no momento do parto.
- A equipe hospitalar deve respeitar e registrar a aplicação do plano, exceto em situações de urgência ou risco à saúde.

#### **Continuidade do Cuidado**

- Após o parto, o plano serve como referência para o puerpério e cuidados com o RN.
- Registro em prontuário e no e-SUS, garantindo integração com a linha de cuidado.







GUIA DO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO  
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



O pré-natal do parceiro é uma estratégia de inclusão do homem no cuidado materno-infantil, promovendo saúde integral, corresponsabilização e fortalecimento do vínculo familiar.

### Captação do Parceiro

- Convite realizado na APS durante o pré-natal da gestante.
- Registro no e-SUS para acompanhamento de saúde **(código SIGTAP:03.01.0.1023-4)**.
- Acolhimento e escuta ativa, incentivando a participação em todo o processo gestacional.

### Avaliação Clínica e Exames

- Consulta inicial com anamnese e avaliação de fatores de risco (hipertensão, diabetes, infecções).
- Solicitação de exames, como:
  - Testes rápidos para ISTs (HIV, Sífilis, Hepatites)
  - Glicemia de jejum e exames laboratoriais básicos, conforme avaliação clínica.

### Ações de Promoção e Prevenção

- Atualização vacinal do parceiro (Influenza, dTpa e conforme calendário do PNI).
- Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva.
- Envolvimento em atividades educativas e grupos de gestantes.

### Incentivo à Participação no Parto e Puerpério

- Orientação sobre presença como acompanhante durante o parto.
- Envolvimento nos cuidados com o bebê e no puerpério da puérpera.
- Promoção do vínculo afetivo com o recém-nascido desde os primeiros dias de vida.

### Continuidade do Cuidado

- Acompanhamento do parceiro pela APS como usuário do SUS, com:
  - Monitoramento de condições crônicas
  - Incentivo a hábitos saudáveis
  - Inclusão em ações de saúde do homem

Esse fluxo fortalece a participação do parceiro, promove responsabilidade compartilhada no cuidado familiar e contribui para reduzir riscos materno-infantis.



### Identificação do Parceiro na APS

- Realizada durante a primeira consulta de pré-natal da gestante.
- Convite formal ao parceiro para participar do pré-natal.
- Registro no e-SUS como participante do pré-natal do parceiro (**código SIGTAP:03.01.0.1023-4**).



### PRÉ NATAL DO PARCEIRO



### Primeira Consulta do Parceiro

- Acolhimento e cadastro na UBS.
- Avaliação clínica inicial:**
- Anamnese
  - Aferição de sinais vitais
  - Investigação de fatores de risco
- Solicitação de exames:**
- HIV, Sífilis, Hepatite B
  - Glicemia de jejum
  - Outros exames conforme protocolo local

### Ações de Educação e Prevenção

- Orientação sobre ISTs e prevenção
- Importância da paternidade ativa no pré-natal e puerpério
- Incentivo à vacinação do parceiro (influenza, dT, hepatite B)



### Integração ao Cuidado da Gestante

- Participação em consultas e atividades educativas
- Apoio ao cumprimento do plano de parto e puerpério
- Envolvimento no cuidado do bebê desde o nascimento

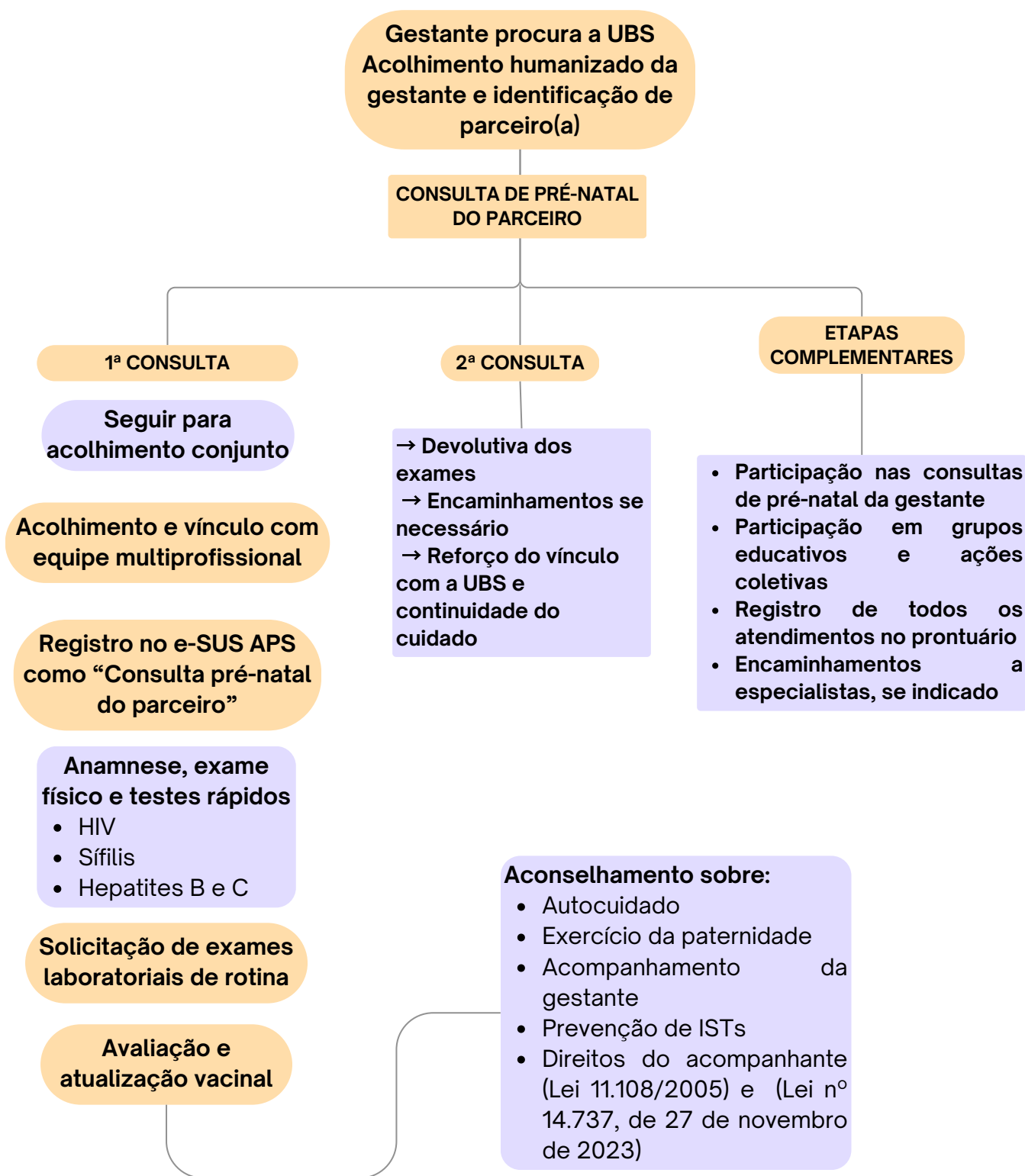


### Seguimento do Parceiro

- Retorno para avaliação dos exames e orientações finais
- Registro de todas as ações no e-SUS
- Encaminhamentos quando necessários (ex.: IST positiva → tratamento do casal)



## FLUXOGRAMA: PRÉ-NATAL DO PARCEIRO NA UBS





O pré-natal odontológico integra a linha de cuidado materno-infantil e tem como objetivo promover saúde bucal, prevenir infecções e reduzir riscos obstétricos, garantindo segurança para a gestante e o bebê.

#### **Captação e Acolhimento da Gestante**

- Encaminhamento pela equipe da APS para avaliação odontológica.
- Acolhimento humanizado, esclarecendo a importância do cuidado bucal na gestação.
- Registro da gestante no e-SUS e na ficha odontológica.

#### **Avaliação Odontológica Inicial**

- Anamnese e exame clínico completo da cavidade oral.
- Identificação de sinais de inflamação, cáries e doenças periodontais.
- Definição do risco odontológico e planejamento do cuidado.

#### **Procedimentos Permitidos Durante a Gestação**

- Profilaxia e raspagem supragengival (higienização)
- Tratamento de cáries e extrações simples, quando necessário
- Uso seguro de anestésicos e medicamentos compatíveis com a gestação
- Orientação sobre higiene oral e alimentação saudável

#### **Educação em Saúde Bucal**

- Instruções de escovação e uso do fio dental
- Orientações sobre prevenção de doenças periodontais
- Reforço do impacto da saúde bucal na prevenção de parto prematuro e baixo peso ao nascer

#### **Continuidade do Cuidado e Integração com a APS**

- Retornos programados ou em caso de necessidade.
- Registro das condutas na caderneta da gestante e prontuário odontológico.
- Contrarreferência à equipe da APS para acompanhamento integrado ao pré-natal.

Para o atendimento odontológico da gestante de alto risco, recomenda-se fazer avaliação em conjunto entre cirurgião-dentista e médico de referência da gestante e, solicitar exames específicos para garantir o atendimento seguro. O profissional poderá acionar os profissionais do Centro Especializado Odontológico (CEO) matricialmente ou consulta conjunta, caso identificada a necessidade de cuidado especializado, realizar o encaminhamento para o CEO.

Esse fluxo garante que o cuidado odontológico seja parte essencial do pré-natal, reduzindo riscos para mãe e bebê e promovendo saúde bucal preventiva e educativa.





A estratificação de risco na gestação permite identificar precocemente gestantes com maior vulnerabilidade, garantindo encaminhamento e acompanhamento adequado na rede de atenção à saúde materno-infantil.

### **Avaliação Inicial**

- Realizada na primeira consulta de pré-natal na APS.
- Considera histórico clínico, obstétrico e social da gestante.
- Primeira classificação do risco:
  - Risco habitual
  - Risco intermediário
  - Alto risco

### **Crítérios de Estratificação**

- Clínicos: hipertensão, diabetes, cardiopatias, infecções.
- Obstétricos: gestações múltiplas, histórico de prematuridade, abortos de repetição, cesáreas anteriores.
- Sociais: gestante adolescente, situação de rua, vulnerabilidade social.
- Exames laboratoriais e de imagem complementam a avaliação.

### **Condutas Conforme o Risco**

- Risco habitual → acompanhamento integral na APS.
- Risco intermediário → seguimento compartilhado entre APS e AAE.
- Alto risco → acompanhamento compartilhado com APS e AAE ou hospital de referência.

### **Registro e Monitoramento**

- Registro da classificação no e-SUS e caderneta da gestante.
- Reavaliação do risco a cada consulta de pré-natal ou diante de alterações clínicas.
- Encaminhamentos e contrarreferências sempre documentados para garantir continuidade do cuidado.

### **Integração com a Rede de Atenção à Saúde**

- Estratificação correta organiza o fluxo materno-infantil, evitando atrasos no cuidado.
- Permite planejamento do parto conforme risco gestacional e reduz morbimortalidade materna e perinatal.

Esse fluxo garante segurança, prevenção e continuidade do cuidado, fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil.





ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO			
	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
Local preferencial de acompanhamento	Atenção Primária à Saúde	-Atenção Primária à Saúde com apoio da 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 <sup>2</sup> a 39 kg/m <sup>2</sup> ; -Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.	-Etilismo com indicativo de dependência; -Tabagismo com indicativo de dependência elevada; -Dependência e/ou uso abusivo de drogas; -Agravos alimentares ou nutricionais: IMC $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup> , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros);

continua



	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
Características individuais e condições sociodemográficas.	<p>Idade entre 16 e 34 anos.</p> <p>Aceitação da gestação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Uso ocasional de drogas e ilícitas;</li> <li>-Etilismo sem indicativo de dependência;</li> <li>-Tabagismo com baixo grau de dependência;</li> <li>-Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>-Gestante negra (cor de pele preta ou parda);</li> <li>-Outras condições de saúde de menor complexidade.</li> </ul>	
História reprodutiva anterior		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos);</li> <li>-Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;</li> <li>-Insuficiência istmo-cervical;</li> <li>-Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrossomia);</li> <li>-Malformação fetal;</li> <li>-Multiparidade (5 ou mais partos);</li> <li>-Diabetes gestacional;</li> <li>-Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade;</li> <li>- Infertilidade.</li> <li>-Cesáreas prévias (2 ou mais).</li> <li>-Intervalo interpartal &lt; 2 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos);</li> <li>-Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada;</li> <li>-Isoimunização Rh em gestação anterior;</li> <li>-Acretismo placentário;</li> <li>-Pré-eclâmpsia grave;</li> <li>-Síndrome HELLP;</li> <li>-Prematuridade anterior;</li> <li>-Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal;</li> </ul>

continua



	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
Condições clínicas prévias à gestação	Ausência de intercorrências clínicas.	<p>-Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso;</p> <p>-Asma controlada sem uso de medicamento contínuo;</p> <p>-Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.</p>	<p>-Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística);</p> <p>-Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos);</p> <p>-Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo);</p> <p>-Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias;</p> <p>-Histórico de tromboembolismo.</p> <p>Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves);</p> <p>-Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípideo, artrite reumatoide, outras colagenoses);</p> <p>-Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação;</p> <p>-Neoplasias (qualquer)</p> <p>-quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento;</p> <p>-Transplantes;</p> <p>-Cirurgia bariátrica;</p>

continua

	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Doenças infecciosas: tuberculose; Hanseníase; Hepatites;</li> <li>-Condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal);</li> <li>-Diagnóstico de HIV/aids prévio.</li> </ul>
Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual	Ausência de intercorrências ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestação resultante de estupro;</li> <li>-Gestação gemelar dicoriônica-diamniótica;</li> <li>-Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal;</li> <li>-Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal;</li> <li>-Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite;</li> <li>-Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo);</li> <li>-Doenças infecciosas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita);</li> <li>-Toxoplasmose aguda sem repercussão fetal;</li> <li>-Herpes simples;</li> <li>- Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zica ou chikungunya (quadro febril exantemático);</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestação de homens transsexuais;</li> <li>-Mola hidatiforme;</li> <li>-Gestação gemelar monocoriônica;</li> <li>-Gestação multifetal;</li> <li>-Gestação por reprodução assistida;</li> <li>-Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal;</li> <li>-Diabetes gestacional com necessidade de insulina ou com repercussão fetal;</li> <li>-Pré-eclâmpsia grave ou de instalação precoce (&lt;34 semanas);</li> <li>-Tromboembolismo na gestação;</li> <li>-Infecção urinária de repetição: <math>\geq 3</math> episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou <math>\geq 2</math> episódios de pielonefrite;</li> <li>Doenças infecciosas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;</li> </ul> </li> </ul>

continua



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO			
	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Restrição de crescimento fetal suspeita.</li> <li>-Feto acima do percentil 90%.</li> <li>-Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/dl).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal;</li> <li>Rubéola na gestação;</li> <li>citomegalovírus na gestação;</li> <li>Diagnóstico de HIV/aids na gestação.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde. Manual de Gestão de Alto Risco, 2022.



O reconhecimento e manejo das principais comorbidades na gestação são fundamentais para reduzir riscos maternos e perinatais, garantindo encaminhamento e monitoramento adequados.

### **Identificação e Avaliação Inicial**

- Realizada na primeira consulta de pré-natal na APS.
- Anamnese detalhada sobre histórico pessoal e familiar.
- Exames laboratoriais e de imagem para rastreio precoce de condições clínicas.

### **Principais Comorbidades da Gestação**

- Hipertensão arterial e pré-eclâmpsia
- Diabetes mellitus gestacional
- Anemia
- Infecções do trato urinário e ISTs
- Obesidade ou desnutrição
- Doenças crônicas preexistentes: cardiopatias, doenças autoimunes, renais e tireoidianas

### **Condutas na APS**

- Risco habitual → monitoramento clínico e laboratorial conforme protocolos.
- Sinais de alerta ou risco elevado →
  - Encaminhar à AAE ou hospital de referência via regulação
  - Avaliar necessidade de internação ou exames de urgência

### **Acompanhamento e Continuidade do Cuidado**

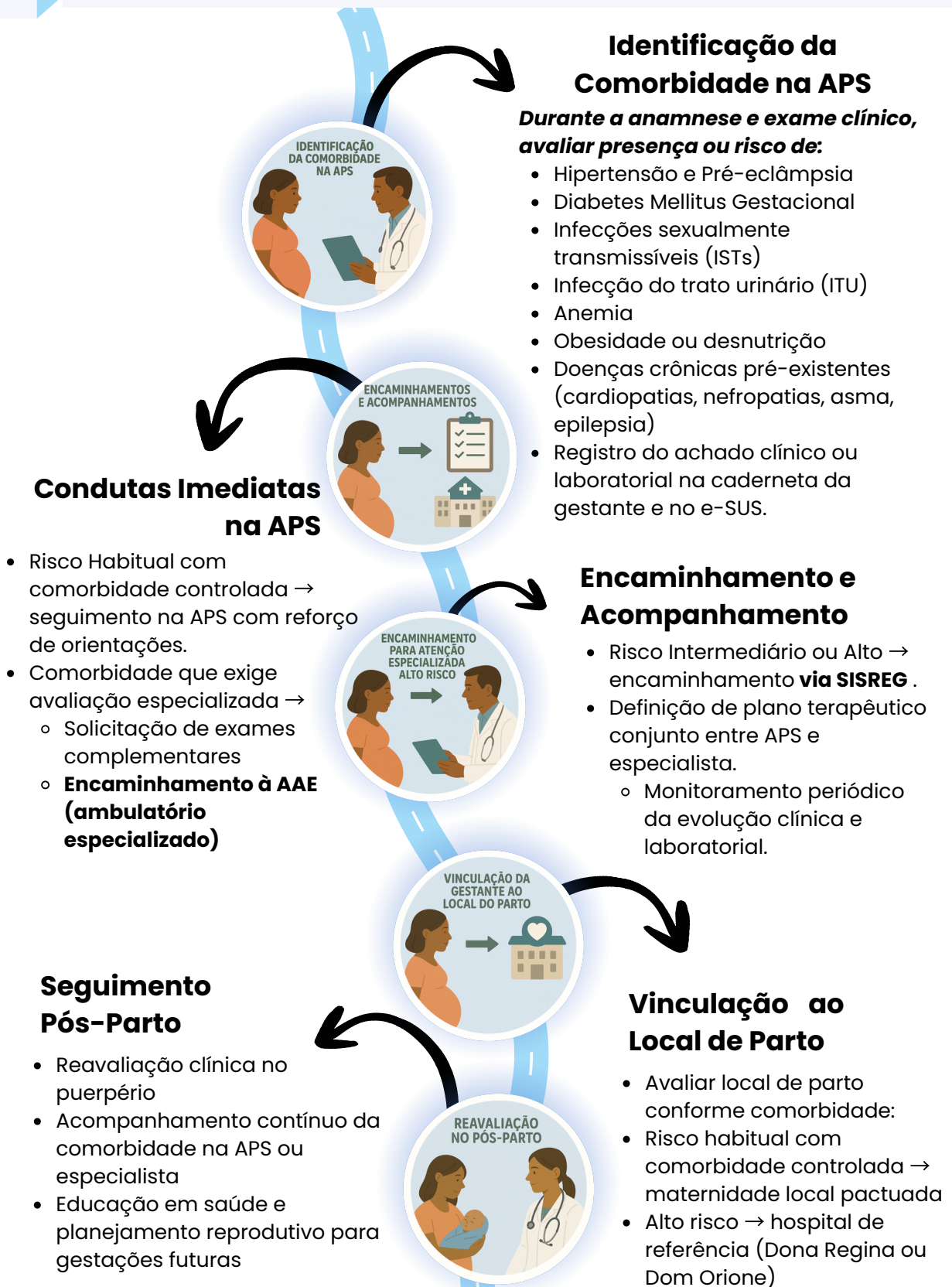
- Reavaliação clínica em todas as consultas de pré-natal
- Acompanhamento multiprofissional, quando necessário
- Registro no e-SUS e caderneta da gestante
- Encaminhamentos e contrarreferências garantindo integração da linha de cuidado

### **Impacto na Linha de Cuidado**

- Detecção precoce e manejo adequado reduzem riscos de:
  - Prematuridade
  - Mortalidade materna e perinatal
  - Complicações crônicas para mãe e bebê

Esse fluxo organiza o cuidado das gestantes com comorbidades, garantindo diagnóstico precoce, tratamento oportuno e integração entre APS, AAE e hospitais de referência.





# FLUXOGRAMA: Orientações e Condutas a Gestante com Síndrome Hipertensiva

Manual de Gestão de Alto Risco



Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica

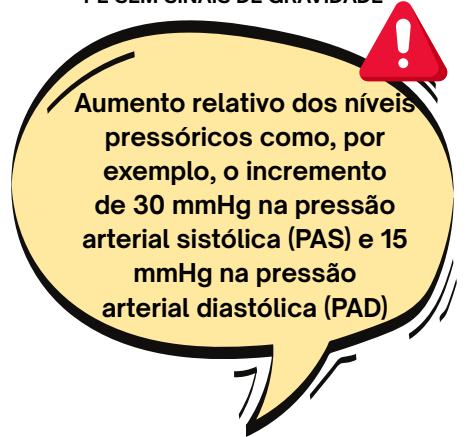


## ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA

Verificação da Pressão Arterial em Toda Consulta de Pré-Natal

Considerar alterada se:  
 PAS  $\geq$  140 mmHg e/ou  
 PAD  $\geq$  90 mmHg  
 -Considerar elevação  $\geq$  30 mmHg (PAS) ou  $\geq$  15 mmHg (PAD) em relação ao início da gestação

DIAGNÓSTICO PRECOZE E SEGUIMENTO DE PE SEM SINAIS DE GRAVIDADE



## Identificação do Tipo de Hipertensão (Atenção à História Clínica)

- PA elevada antes da 20ª semana → Hipertensão crônica
- PA elevada após 20 semanas sem proteinúria → Hipertensão gestacional
- PA elevada + proteinúria  $\geq$  300mg/24h (ou fita  $\geq$  +1) → Pré-eclâmpsia
- Pré-eclâmpsia + convulsões → Eclâmpsia
- PA  $\geq$  160/110 mmHg + sinais de gravidade (cefaleia, epigastralgia, visão turva) → Pré-eclâmpsia grave

## Encaminhamento para pré-natal de alto risco

Qualquer uma das condições abaixo estiver presente:

- PA  $\geq$  160x110 mmHg
- Proteinúria positiva
- Presença de sinais de gravidade ou complicações
- Eclâmpsia (emergência: encaminhar imediatamente)

APS deve manter seguimento compartilhado com o pré-natal de alto risco.

## Conduta Imediata na Atenção Básica

- Afastar da gestante fatores de estresse.
- Avaliar sinais de alarme (cefaleia intensa, dor epigástrica, alterações visuais, edema acentuado, ganho de peso súbito, convulsões).
- Solicitar exames:
  - Proteinúria (urina tipo I ou fita reagente)
  - Hemograma
  - TGO/TGP, creatinina, DHL
  - Perfil pressórico seriado

## Condutas na Atenção Primária se sem sinais de gravidade

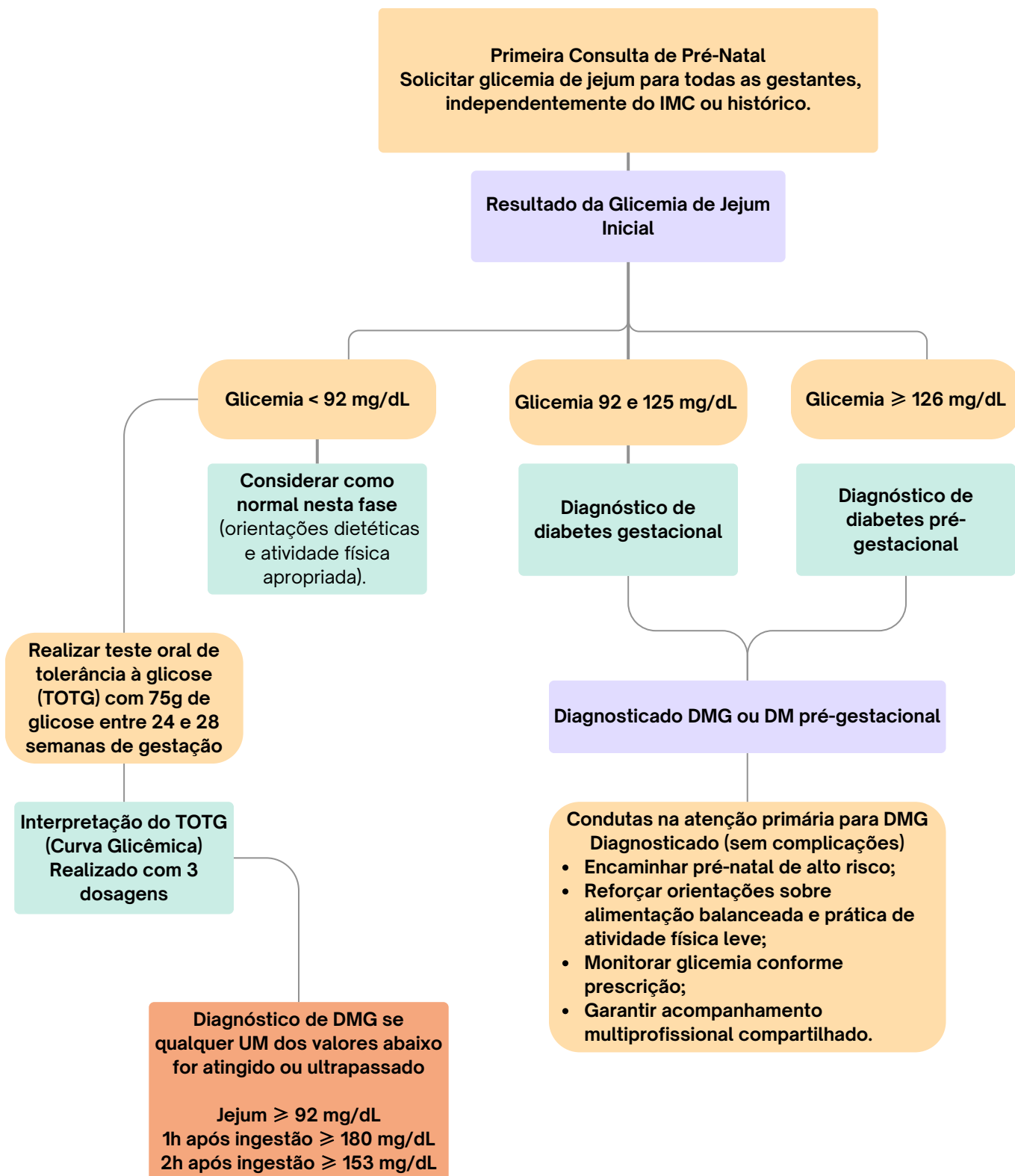
- Reforçar repouso relativo, hidratação e dieta adequada.
- Monitorar PA com maior frequência (duas vezes por semana ou mais).
- Avaliar edema e ganho de peso.
- Orientar sinais de alerta para busca imediata de atendimento.
- Garantir seguimento com especialista.

## OBSERVAÇÕES

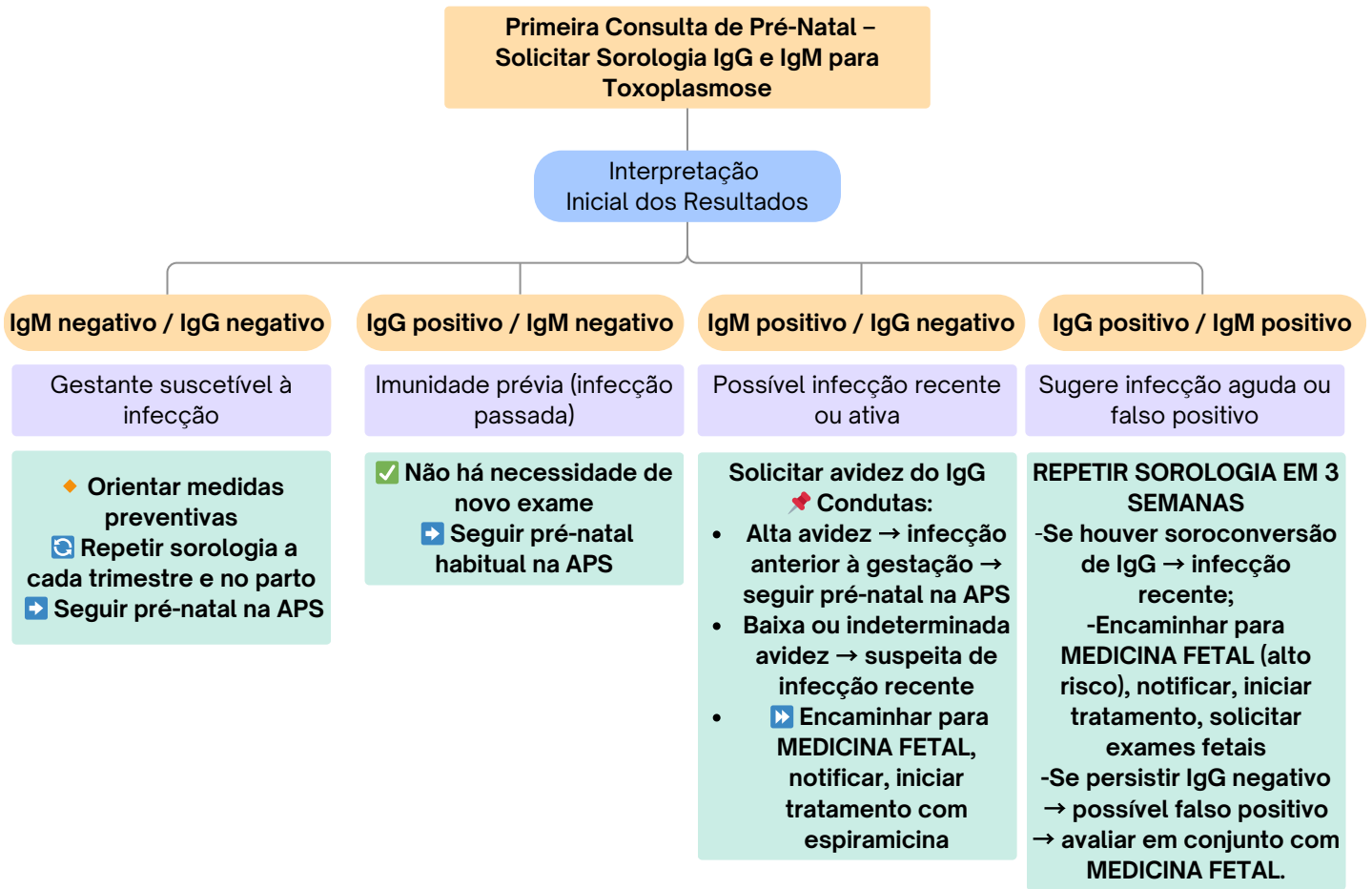
- O controle adequado da pressão é crucial para evitar evolução para pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.
- A vigilância e o encaminhamento precoce salvam vidas maternas e fetais.



## FLUXOGRAMA: Orientações e Condutas na Investigação do Diabetes Gestacional



# FLUXOGRAMA : Investigação da Toxoplasmose na Gestação



**CONDUTAS COMPLEMENTARES**  
Se confirmado caso recente de toxoplasmose:  
Notificar ao SINAN

- Iniciar tratamento com espiramicina 1g de 8/8h, VO
- Encaminhar para MEDICINA FETAL
- Se descartada toxoplasmose recente após investigação a gestante pode retornar para seguimento na APS.

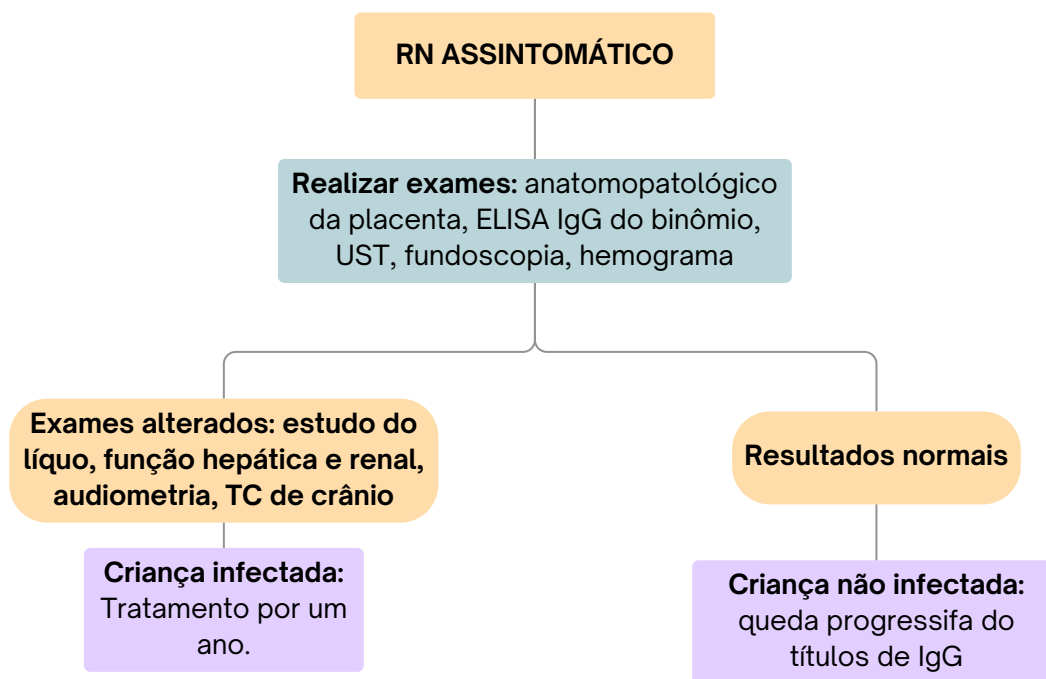
**PREVENÇÃO**

- Evitar carnes malpassadas ou cruas
- Lavar bem frutas e verduras
- Higiene rigorosa das mãos e utensílios
- Evitar manipulação de fezes de gatos e uso de caixas de areia.

Fluxograma estadual para a condução clínica, diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional.



## FLUXOGRAMA: RN assintomático, mãe com infecção pelo *Toxoplasma gondii*



### IMPORTANTE

Em RN sintomáticos deve-se solicitar o estudo anatômopatológico de placenta, ELISA, fundoscopia ocular, hemograma, estudo do líquido, audiometria, função hepática e renal e TC de crânio.



## FLUXOGRAMA: Orientações e Condutas na Investigação de HIV em Gestante

1ª Consulta de Pré-Natal –  
Testagem Rápida para HIV (TR)  
independentemente da idade  
gestacional.

Repetir no 3º trimestre (a partir  
de 28 semanas) ou a qualquer  
momento se houver exposição  
de risco.

RESULTADO TR1

RESULTADO TR2

NÃO REAGENTE

- Considerar não infectada.
- Repetir teste no 3º trimestre.
- Manter acompanhamento de rotina na APS.

REAGENTE

- Realizar segundo teste rápido (TR2) com marca diferente.

TR1 E TR2  
REAGENTES

- Diagnóstico de infecção pelo HIV confirmado.
- Realizar aconselhamento
  - Notificação compulsória
  - Encaminhar para SAE (Serviço de Assistência Especializada) com plano de cuidado compartilhado com a APS.
  - Em caso de ausência de SAE no município, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
  - Manter acompanhamento pré-natal na APS (não interromper vínculo).

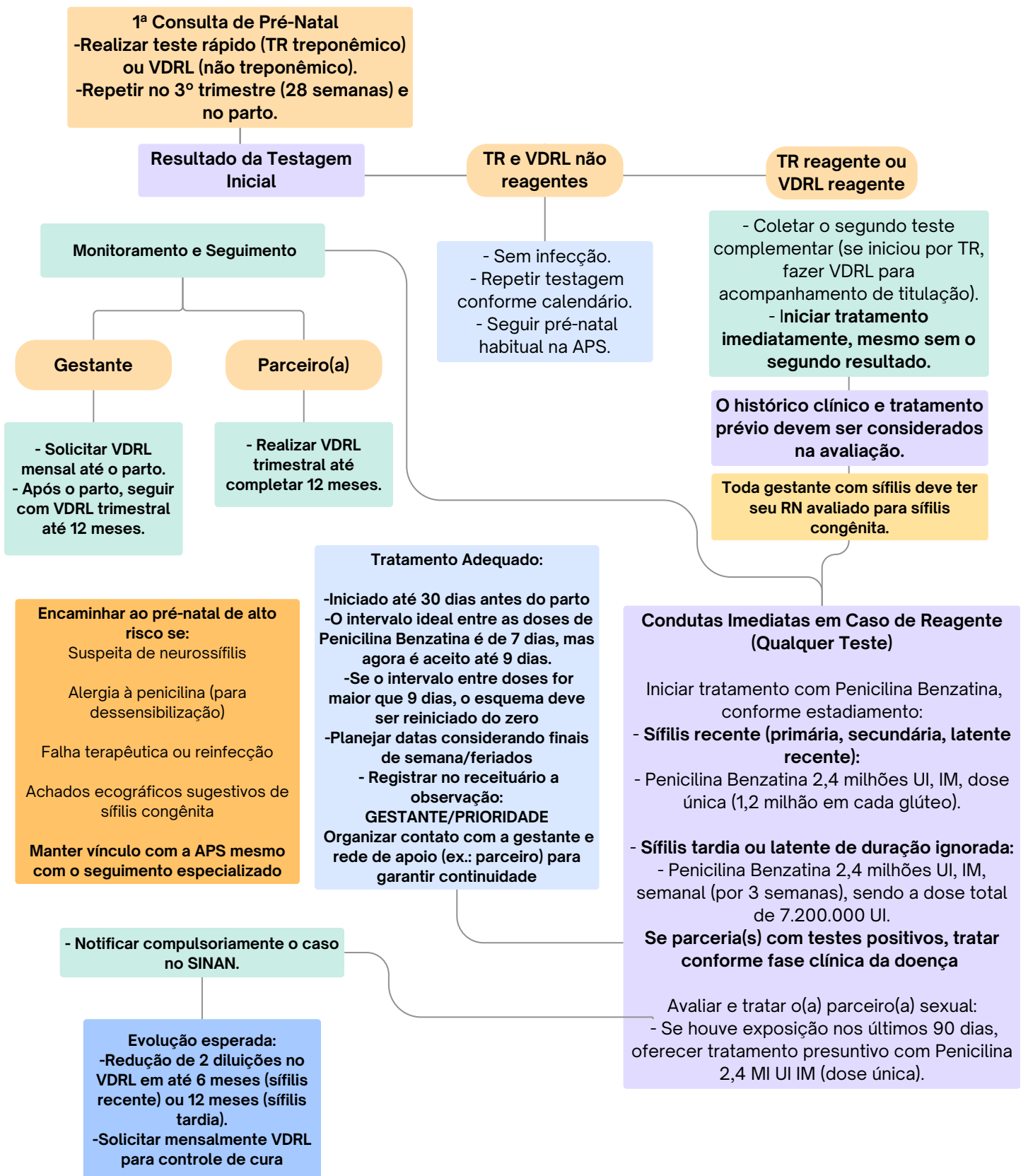
TR1 REAGENTE / TR2 NÃO  
REAGENTE (resultado  
discordante)

- Repetir TR1 e TR2 com novas amostras.
- Se persistir discordância, solicitar exame laboratorial confirmatório (ELISA ou carga viral).
  - Orientar práticas seguras até o esclarecimento diagnóstico.

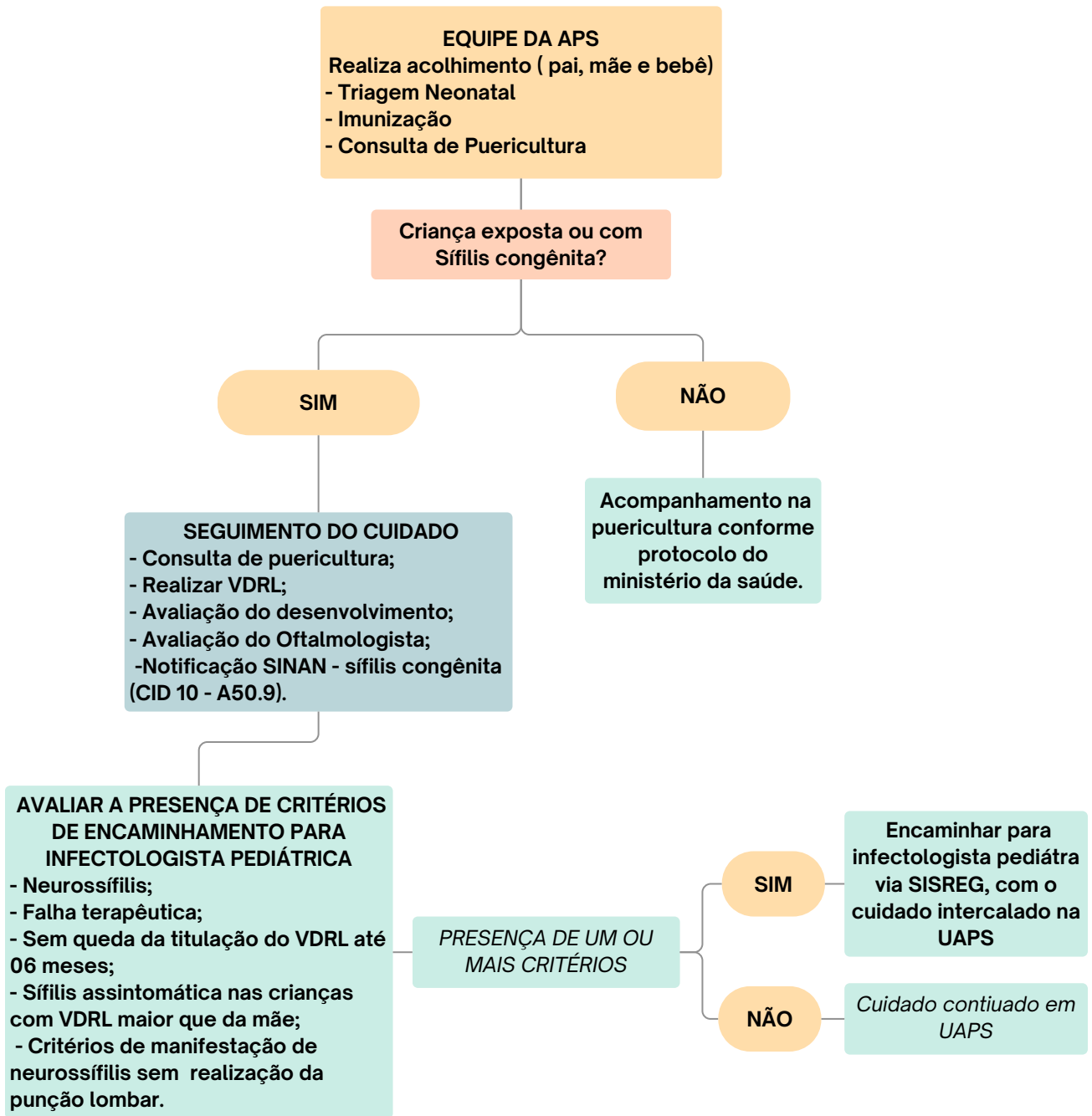
### Condutas Gerais na APS para Gestantes com HIV

- Ofertar aconselhamento e escuta qualificada
- Estimular adesão ao tratamento e retorno ao SAE
- Monitorar intercorrências clínicas
- Promover vínculo e continuidade do cuidado
- Orientar sobre parto, amamentação e cuidados neonatais

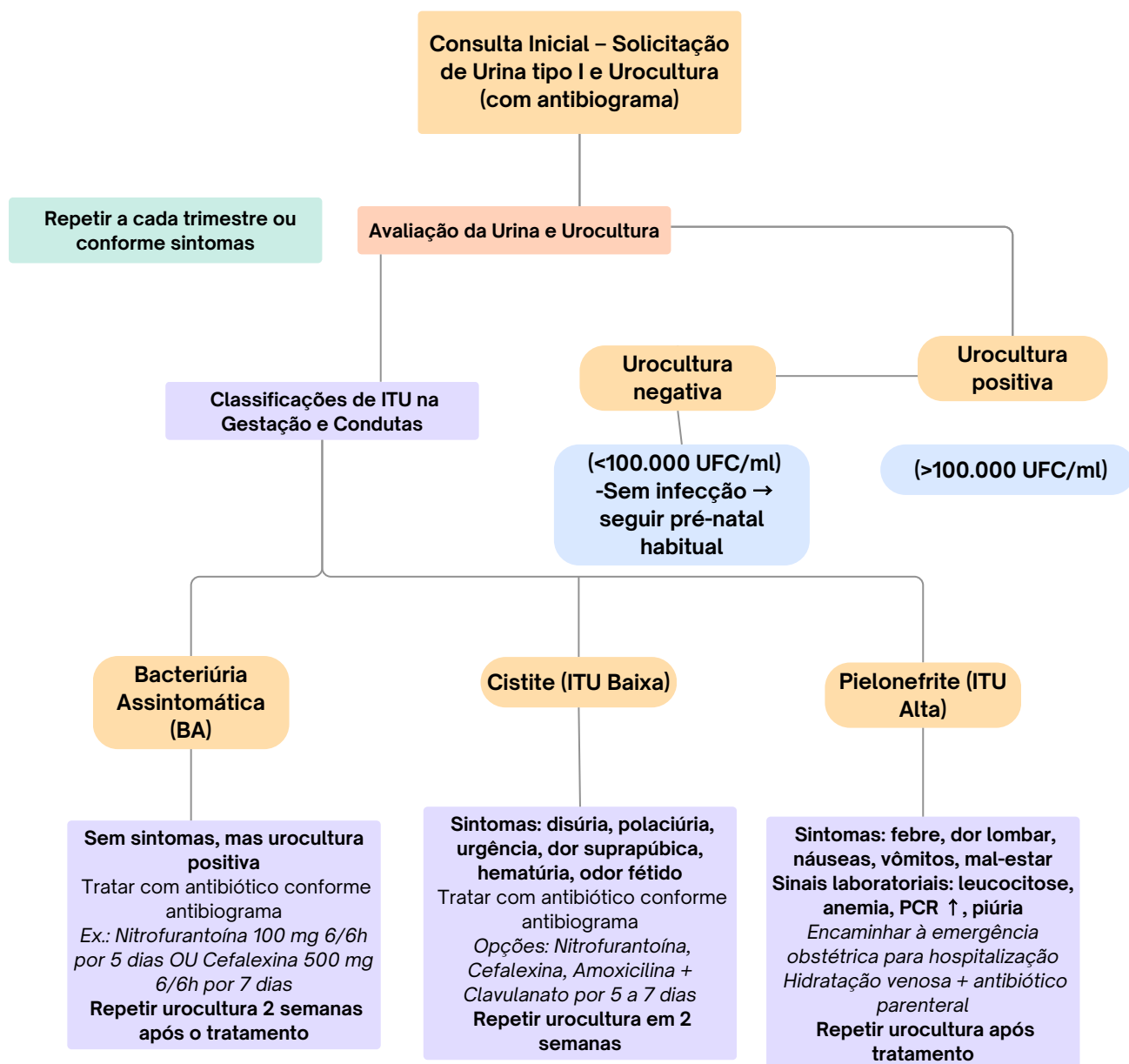
## FLUXOGRAMA: Orientações e Condutas na Investigação da Sífilis em Gestante



## FLUXOGRAMA: Sífilis Congênita



## FLUXOGRAMA: Orientações e Condutas na Investigação de Infecção do Trato Urinário – ITU



### Encaminhar ao pré-natal de alto risco se:

- Pielonefrite;
- Cistite ou BA de repetição;
- ITU refratária ao tratamento;
- Cistite complicada com hematúria intensa;
- Proteinúria persistente com sinais de gravidade.

### Observações Complementares

- Utilizar antibiograma sempre que possível;
- Evitar Nitrofurantoína após 37 semanas (risco de icterícia neonatal);
- Orientar medidas preventivas: higiene íntima, ingestão hídrica adequada, esvaziamento vesical frequente.



O atendimento às gestantes indígenas deve respeitar aspectos culturais, sociais e geográficos, garantindo cuidado integral, humanizado e articulado com a rede de atenção à saúde indígena.

### Identificação e Acolhimento

- Gestante identificada na comunidade ou na APS indígena (Pólo-Base ou UBSI), o **TOCANTINS conta com polos bases localizados: em Formoso do Araguaia, Itacajá, Goiatins, Santa Fé do Araguaia, Tocantínia e Tocantinópolis, eles são apoio para 32 UBSI.**
- Acolhimento humanizado, com respeito às tradições e uso do idioma local quando possível.
- Registro no e-SUS e articulação com a SESAI/DSEI.

### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta na UBSI ou APS com:
  - Avaliação clínica e obstétrica inicial
  - Solicitação de exames laboratoriais e vacinação
  - Entrega da caderneta da gestante
- Envolvimento da família e lideranças comunitárias, fortalecendo a adesão.

### Acompanhamento e Monitoramento

- Consultas periódicas na UBSI ou por equipes itinerantes.
- Visitas domiciliares ou na aldeia pelo ACS indígena, garantindo busca ativa.
- Educação em saúde respeitando práticas tradicionais, como alimentação e cuidados no parto.

### Encaminhamentos e Regulação

- Gestante de risco habitual → acompanhamento na APS/UBSI.
- Gestante de risco intermediário ou alto →
  - Encaminhamento à AAE ou hospital de referência via regulação
  - Apoio logístico para transporte sanitário considerando a distância da aldeia

### Parto e Continuidade do Cuidado

- Vinculação prévia a maternidade de referência, respeitando aspectos culturais e presença de acompanhante.
- Contrarreferência à UBSI ou DSEI após alta, garantindo continuidade do cuidado materno e infantil.
- Integração com puericultura e rede de atenção à criança até 2 anos.

**Esse fluxo garante atenção integral e humanizada à gestante indígena, respeitando a interculturalidade e fortalecendo a articulação entre APS, SESAI/DSEI e rede hospitalar.**



### Identificação e Acolhimento na APS

- Gestante indígena identificada na UBS ou comunidade.
- Acolhimento respeitando cultura, tradições e idioma.
- Registro no e-SUS com destaque para etnia e território.
- Atuação em conjunto com o Polo Base do DSEI.



IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO NA APS

### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta de pré-natal na APS com enfermeiro(a) e/ou médico.
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme protocolos.
- Registro na caderneta da gestante.
- Integração com equipe indígena local (AIS – Agente Indígena de Saúde) para seguimento contínuo.

### Acompanhamento e Monitoramento

- Visitas domiciliares frequentes pelos AIS e ACS.
- Ações educativas adaptadas à cultura local (alimentação, sinais de risco, cuidados no parto e puerpério).
- Vacinação da gestante e do parceiro conforme calendário.



ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

### Encaminhamentos e Regulação

- Risco Habitual: acompanhamento preferencial na APS ou polo-base indígena.
- Risco Intermediário/Alto: Encaminhamento para AAE ou hospital de referência via SISREG.
- Articulação para transporte sanitário terrestre ou aéreo, conforme necessidade e território.



ENCAMINHAMENTO E REGULÇÃO

### Vinculação ao Local de Parto

- Agendamento e planejamento do deslocamento com antecedência, respeitando logística do território.
- Garantia de acompanhante e acolhimento cultural na maternidade.



VINCULAÇÃO AO PARTO

### Pós-Parto e Puerpério

- Retorno ao território indígena com contrarreferência formal à APS e DSEI.
- Visita domiciliar pós-parto pelo AIS e equipe de saúde da família.
- Puericultura e acompanhamento da criança indígena.



PÓS-PARTO E PUERPÉRIO



O atendimento à gestante negra ou quilombola deve ser integral, humanizado e equitativo, com foco na redução de vulnerabilidades e enfrentamento do racismo estrutural na saúde.

### **Identificação e Acolhimento**

- Identificação da gestante negra ou quilombola na APS ou comunidade.
- Acolhimento humanizado e escuta qualificada, reconhecendo vulnerabilidades sociais e culturais.
- Registro no e-SUS, garantindo a marcação da variável raça/cor.

### **Início do Pré-Natal**

- Primeira consulta com anamnese completa:
  - Histórico clínico, obstétrico e social
  - Risco para comorbidades prevalentes (hipertensão, diabetes e anemia falciforme)
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem, incluindo rastreio para hemoglobinopatias.
- Entrega da caderneta da gestante e orientações sobre direitos.

### **Acompanhamento e Ações de Promoção**

- Consultas regulares na APS com avaliação clínica e estratificação de risco.
- Orientações sobre alimentação saudável, atividade física e sinais de alerta.
- Apoio social e comunitário, incluindo participação em grupos educativos e rodas de conversa.

### **Encaminhamentos e Regulação**

- Risco habitual → acompanhamento exclusivo na APS.
- Risco intermediário ou alto →
  - Encaminhamento à AAE ou maternidade de referência via SISREG
  - Considerar fatores sociais que dificultam acesso ao cuidado (distância, transporte, acolhimento).

### **Parto e Continuidade do Cuidado**

- Vinculação a maternidade de referência, com reforço do direito ao acompanhante e parto humanizado.
- Contrarreferência à APS após alta hospitalar, integrando puerpério e puericultura.
- Acompanhamento de saúde com olhar interseccional, prevenindo desfechos adversos maternos e infantis.



### Identificação e Acolhimento na APS

- Gestante identificada como negra ou residente em comunidade quilombola.
- Acolhimento com escuta qualificada, considerando aspectos socioculturais e históricos de vulnerabilidade.
- Registro no e-SUS com marcador étnico-racial.
- Articulação com lideranças comunitárias e agentes locais de saúde para apoio no acompanhamento.



### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta na APS com avaliação clínica completa e estratificação de risco.
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme protocolo.
  - Registro na caderneta da gestante e elaboração de plano de cuidados individualizado.



### Ações Prioritárias no Acompanhamento

Vigilância intensificada de comorbidades prevalentes, como:

- Hipertensão
- Diabetes gestacional
- Anemia falciforme ou anemia grave

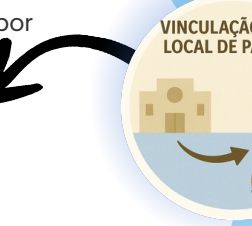
**Educação em saúde adaptada à realidade local, com foco em:**

- Prevenção de agravos
- Direitos reprodutivos
- Incentivo ao parto humanizado e à presença de acompanhante
- Visitas domiciliares regulares por ACS ou equipe da APS.



### Encaminhamentos e Regulação

- Gestante de risco habitual → acompanhamento preferencial na APS.
- Risco intermediário ou alto → encaminhamento para AAE ou hospital de referência **via SISREG**.
- Planejamento de transporte sanitário quando necessário.



### Vinculação ao Local de Parto

- Indicação da maternidade de referência conforme risco gestacional e macrorregião.
- Garantia de acompanhante e respeito à cultura e às práticas tradicionais no parto e puerpério.



### Pós-Parto e Puerpério

- Visita domiciliar pós-parto para avaliação da mãe e do bebê.
- Acompanhamento do bebê com atenção à saúde integral da família.
- Encaminhamento à rede de apoio social, se identificadas vulnerabilidades sociais.

O atendimento à gestante em situação de rua exige cuidado humanizado, intersetorial e articulado, garantindo acesso à saúde, proteção social e redução de vulnerabilidades.

### Identificação e Acolhimento

- Identificação da gestante em situação de rua por:
  - Equipe de APS
  - Consultório na Rua, **no Tocantins existem 2 equipes localizadas nos municípios de Palmas e Araguaína**
  - Serviços sociais ou de abordagem urbana
- Acolhimento humanizado, priorizando escuta qualificada e construção de vínculo.
- Registro no e-SUS e notificação à rede de apoio social.

### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta com avaliação clínica e obstétrica completa.
- Solicitação de exames laboratoriais, vacinação e entrega da caderneta da gestante.
- Atenção à saúde mental e rastreio de uso de álcool e outras drogas.

### Acompanhamento e Monitoramento

- Consultas de pré-natal na APS ou em unidades móveis, considerando a realidade da gestante.
- Visitas do Consultório na Rua ou ACS, garantindo busca ativa.
- Ações educativas sobre autocuidado, aleitamento materno e sinais de alerta.

### Encaminhamentos e Proteção Social

- Articulação com CREAS, CRAS e rede de assistência social para:
  - Abrigamento temporário ou institucional
  - Garantia de alimentação, higiene e transporte
- Encaminhamento à AAE ou maternidade de referência, conforme estratificação de risco, via regulação.

### Parto, Puerpério e Continuidade do Cuidado

- Vinculação prévia à maternidade de referência, assegurando parto humanizado e direito ao acompanhante.
- Contrarreferência à APS e Consultório na Rua após alta hospitalar.
- Acompanhamento da mãe e bebê, integrando puerpério, puericultura e rede de proteção social.

Esse fluxo garante atenção integral à gestante em situação de rua, articulando saúde, assistência social e direitos humanos, com foco na redução da mortalidade materna, fetal e infantil.



### Identificação e Acolhimento Inicial

- Gestante identificada em situação de rua por:
- Equipes da APS
- **Consultório na Rua (municípios de Palmas e Araguaína)**
- Serviços de urgência/emergência
- Acolhimento humanizado, respeitando vulnerabilidades e evitando discriminação.
- Registro no e-SUS e notificação para equipe multiprofissional da rede de atenção.

### Acompanhamento e Monitoramento

- Consultas regulares com flexibilização de horários e locais para reduzir barreiras de acesso.
- Oferta de vacinas, suplementação vitamínica e orientações sobre sinais de risco.
- Busca ativa por ACS e equipe do Consultório na Rua em caso de faltas.
  - Ações educativas adaptadas à realidade social e de autocuidado possível.

### Vinculação ao Local de Parto

**Planejamento antecipado do parto, com apoio da assistência social para garantir:**

- Deslocamento seguro até a maternidade de referência
- Acompanhante, quando possível
- Respeito aos direitos da gestante durante o parto e puerpério



Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua



IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO INICIAL



INÍCIO DO PRÉ-NATAL



ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO



ENCAMINHAMENTO E REGULAÇÃO



VINCULAÇÃO AO LOCAL DO PARTO



PÓS-PARTO E CONTINUIDADE DO CUIDADO



### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta de pré-natal na UBS ou consultório na rua.
  - Avaliação clínica e laboratorial completa, incluindo ISTs, tuberculose e hepatites.
  - Planejamento do acompanhamento, com visitas ativas para reduzir faltas.
- Articulação imediata com rede intersetorial: assistência social, CRAS/CREAS e abrigos.

### Encaminhamentos e Regulação

- Gestante de risco habitual → acompanhamento na APS ou consultório na rua.
- Risco intermediário ou alto →
- Encaminhamento para AAE ou hospital de referência via SISREG
- Acionamento de transporte sanitário quando necessário
- Integração com serviço social para suporte ao deslocamento e acolhimento.

### Pós-Parto e Continuidade do Cuidado

- Visita domiciliar ou no local de referência para avaliação da mãe e do bebê.
- Integração com rede de proteção social para abrigo e benefícios assistenciais.
- Acompanhamento da criança até 2 anos, com monitoramento de vacinas e desenvolvimento.

O atendimento a pessoas transexuais e travestis que gestam deve ser integral, livre de discriminação e humanizado, assegurando respeito à identidade de gênero e acesso aos serviços da linha de cuidado materno-infantil.

### **Identificação e Acolhimento**

- Acolhimento humanizado e livre de preconceitos em qualquer ponto da rede.
- Registro no e-SUS com nome social e identidade de gênero respeitados.
- Escuta qualificada para identificar demandas de saúde física, emocional e social.

### **Início do Pré-Natal**

- Primeira consulta na APS com:
  - Anamnese clínica e obstétrica completa
  - Solicitação de exames laboratoriais iniciais
  - Avaliação de uso de hormônios ou tratamentos prévios
- Orientações sobre direitos, sinais de risco e preparo para o parto.

### **Acompanhamento e Monitoramento**

- Consultas de pré-natal regulares, com estratificação de risco.
- Atenção à saúde mental, prevenção de violência e acolhimento psicológico.
- Ações educativas e inclusão em grupos de gestantes, respeitando identidade de gênero.

### **Encaminhamentos e Integração com a Rede**

- Risco habitual → acompanhamento integral na APS.
- Risco intermediário ou alto → encaminhamento à AAE ou hospital de referência, via regulação.
- Articulação com assistência social e saúde mental, se necessário.

### **Parto, Puerpério e Continuidade do Cuidado**

- Vinculação à maternidade de referência, garantindo respeito à identidade de gênero e presença de acompanhante.
- Contrarreferência à APS após alta hospitalar, com integração ao puerpério e puericultura.
- Acompanhamento do bem-estar físico e emocional, reforçando acolhimento e prevenção de discriminação.

Esse fluxo garante acesso universal e respeitoso à linha de cuidado materno-infantil, promovendo segurança, acolhimento e equidade para pessoas transexuais e travestis que gestam.



## FLUXO – ATENDIMENTO ÀS PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO



PROGRAMA TRANSGESTA  
CADERNETA DE PRÉ-NATAL



### Identificação e Acolhimento Humanizado

- Pessoa transexual ou travesti identificada na APS ou serviço de referência.
- Acolhimento livre de preconceitos, com uso do nome social e respeito à identidade de gênero.
- Registro no e-SUS garantindo o campo do nome social e identidade de gênero.



### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta na APS com enfermeiro(a) ou médico.
- Anamnese e exame físico adaptados, respeitando a identidade de gênero e necessidade clínica.
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme protocolos obstétricos.
- Orientações sobre sinais de risco e planejamento do parto.



### Ações de Educação em Saúde e Apoio Psicossocial

- Orientações sobre autocuidado durante a gestação ou puerpério.
- Encaminhamento para apoio psicológico e social, se necessário.
- Incentivo à presença de acompanhante escolhido pela pessoa gestante.



### Acompanhamento e Monitoramento

- Consultas regulares na APS, com registro em prontuário nominal e nome social.
- Avaliação contínua de risco gestacional (habitual, intermediário, alto).
- Vacinação e suplementação conforme protocolo gestacional.
- Busca ativa em caso de ausências para reduzir evasão.



### Encaminhamentos e Regulação

- Risco Habitual → acompanhamento preferencial na APS.
- Risco Intermediário ou Alto → Encaminhamento para AAE ou hospital de referência via SISREG e compartilhamento do cuidado com a APS.
- Planejamento antecipado da logística de parto, garantindo acolhimento livre de discriminação.



### Puerpério e Continuidade do Cuidado

- Visita domiciliar ou local de referência no pós-parto.
- Acompanhamento clínico e de saúde mental durante o puerpério.
- Inclusão no planejamento reprodutivo, respeitando a identidade de gênero e projeto de vida.



O atendimento à gestante com transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas deve ser integral, humanizado e articulado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **No Tocantins a RAPS é composta por 22 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo 21 deles de gestão municipal e habilitados pelo ministério da saúde. O Estado possui 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), localizado na cidade de Araguaína, também conta com 10 leitos psiquiátricos no Hospital Regional de Araguaína e 11 no Hospital Geral de Palmas (HGP), garantindo segurança materno-fetal e suporte psicossocial.**

### **Identificação e Acolhimento**

- Identificação da gestante na APS, hospital ou busca ativa.
- Acolhimento humanizado e escuta qualificada, sem julgamento.
- Registro no e-SUS, com sinalização para acompanhamento multiprofissional.

### **Avaliação Clínica e Psicossocial Inicial**

- Consulta na APS com avaliação obstétrica e psicológica.
- Rastreamento de transtornos mentais: depressão, ansiedade, psicose.
- Investigação do uso de álcool, tabaco e outras drogas, com abordagem motivacional.

### **Encaminhamentos e Articulação da Rede**

- Casos leves → acompanhamento compartilhado na APS + RAPS.
- Casos moderados a graves → encaminhamento para:
  - CAPS (AD ou II) para cuidado especializado em saúde mental
  - AAE ou hospital de referência em caso de risco obstétrico
- Articulação com assistência social, quando necessário.

### **Acompanhamento Durante a Gestação**

- Consultas frequentes de pré-natal com enfoque multiprofissional.
- Monitoramento de adesão ao tratamento clínico e psicológico.
- Orientações sobre sinais de risco e importância do apoio familiar/social.

### **Parto, Puerpério e Continuidade do Cuidado**

- Vinculação prévia à maternidade de referência, garantindo ambiente seguro e humanizado.
- Contrarreferência à APS e RAPS após alta, integrando:
  - Puerpério
  - Puericultura do RN
  - Acompanhamento em saúde mental
- Apoio contínuo para prevenção de recaídas e promoção da saúde familiar.

Esse fluxo garante atenção integral à gestante com vulnerabilidade psicossocial, fortalecendo a intersetorialidade, redução de riscos e continuidade do cuidado materno-infantil.





Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS



### Identificação e Acolhimento Inicial

- Gestante identificada na APS ou em serviços de urgência com sinais de:
- Transtorno mental prévio ou em crise
- Uso abusivo de álcool, tabaco ou outras drogas
- Acolhimento humanizado e escuta qualificada, sem julgamento.
- Registro no e-SUS com destaque para a vulnerabilidade identificada.

### Avaliação Clínica e Psicossocial

- Primeira consulta de pré-natal adaptada para avaliação clínica e mental.
- Identificação de sinais de risco gestacional ou de abstinência/crise.

### Encaminhamento imediato, se necessário, para:

- CAPS ou CAPS AD (atenção psicossocial e dependência química)
- Serviço de urgência psiquiátrica, em casos graves

### Acompanhamento e Monitoramento Contínuo

- Consultas frequentes na APS com reforço de vínculo.
- Visitas domiciliares para monitorar adesão e detectar agravamento.
- Apoio psicológico e social integrado à rotina do pré-natal.

### Parto e Puerpério

- Vinculação prévia à maternidade de referência, com notificação da condição clínica.
- Acolhimento humanizado durante o parto, evitando estigma.
- Pós-parto com continuidade do cuidado em APS + CAPS/CAPS AD, incluindo:
  - Saúde mental da puérpera
  - Prevenção de recaídas
  - Acompanhamento do bebê e puericultura



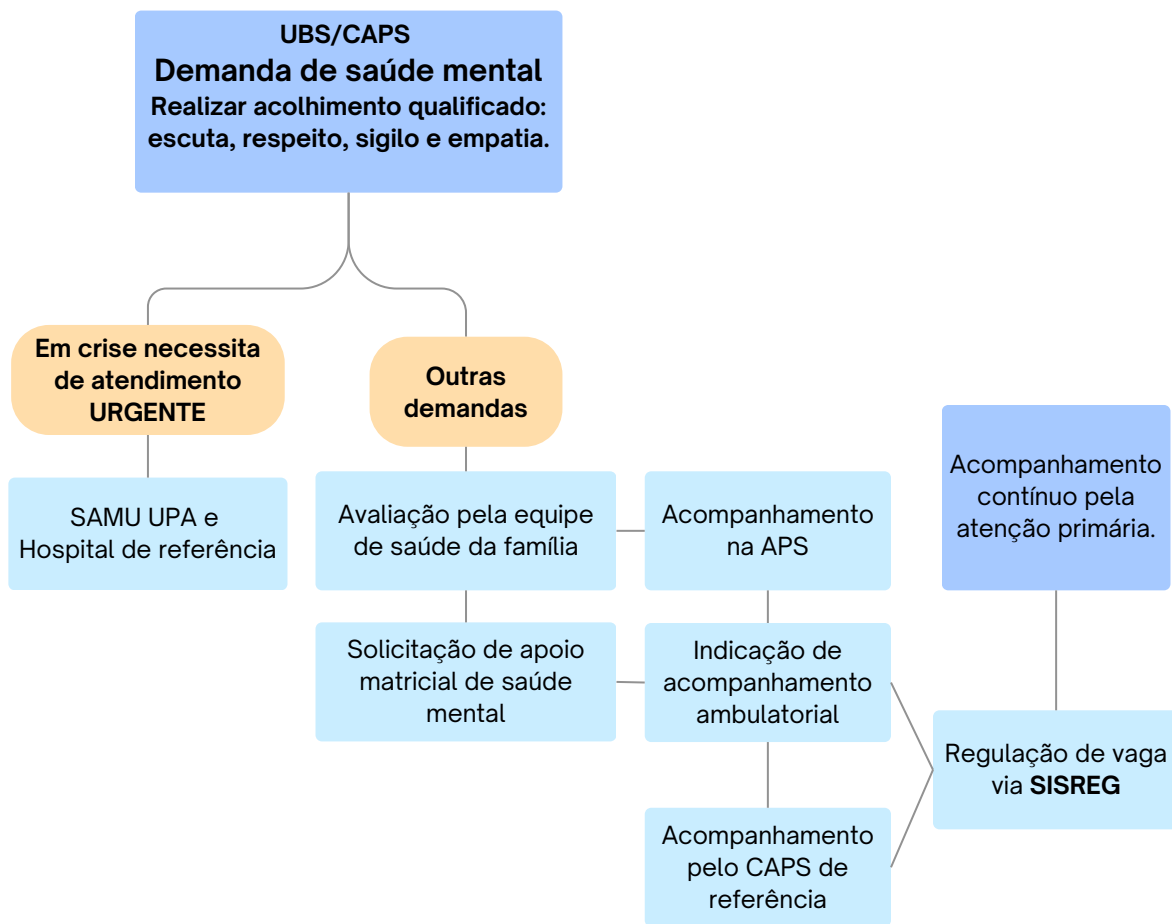
### Construção do Plano de Cuidados

- **Plano individual de cuidado multiprofissional, incluindo:**
- APS (pré-natal e acompanhamento clínico)
- CAPS / CAPS AD (apoio psicossocial e terapias)
- Assistência social (CRAS/CREAS)
- Ações educativas sobre riscos do uso de álcool e drogas na gestação e puerpério.

### Encaminhamentos e Regulação

- Risco Habitual com acompanhamento psicossocial ativo → seguimento na APS com apoio matricial.
- Risco Intermediário ou Alto →
- Encaminhamento à AAE ou hospital de referência, via SISREG.
- Articulação com CAPS ou CAPS AD para cuidado contínuo.







POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE SISTEMA  
PRISIONAL (PNAISP)

### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta na UBS prisional ou com equipe vinculada à APS.
- Anamnese e exame clínico completo, com estratificação de risco.
- Solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme protocolo do pré-natal.
- Registro em prontuário nominal e caderneta da gestante, que acompanha a mulher em atendimentos externos.

### Encaminhamentos e Regulação

- Gestante de risco habitual → seguimento na UBS prisional, com exames agendados externamente quando necessário.
- Risco intermediário ou alto → encaminhamento à AAE ou hospital de referência, via SISREG.
- Planejamento logístico de escolta e transporte sanitário, articulado entre saúde e sistema prisional.
- Retorno à unidade prisional com contrarreferência à equipe de saúde.
- Avaliação do vínculo mãe-bebê e articulação com rede de proteção social e judiciário, se necessário.
- Seguimento do bebê: vacinação e acompanhamento da criança na APS, mesmo que esteja sob responsabilidade de familiares ou abrigo.

### Identificação e Acolhimento Inicial

Gestante identificada no sistema prisional por:

- UBS prisional
- Equipe de saúde penitenciária
- Acolhimento humanizado e registro no e-SUS.
- Notificação à coordenação da saúde prisional e articulação com a APS de referência.

### Acompanhamento e Monitoramento

- Consultas de pré-natal dentro da unidade prisional, sempre que possível.
- Visitas periódicas da equipe de APS para avaliação clínica e orientações.
- Ações educativas sobre saúde materna, direitos reprodutivos e cuidados com o bebê.

### Vinculação ao Local de Parto

- Indicação antecipada da maternidade de referência, conforme risco gestacional.
- Planejamento do transporte seguro para o parto, respeitando normas de custódia, mas garantindo humanização e acompanhante quando possível.



O atendimento à gestante privada de liberdade deve ser humanizado, integral e intersetorial, garantindo direito à saúde, pré-natal adequado, parto seguro e continuidade do cuidado.

**O Estado do Tocantins possui 24 (vinte e cinco) unidades penais, e 04 (quatro) destas são femininas, o atendimento a essas mulheres deve seguir o mesmo fluxo da população em geral, sendo realizado pela equipe de atenção primária prisional que presta assistência nas unidades penais.**

### Identificação e Acolhimento

- Identificação da gestante no sistema prisional (unidade prisional ou hospital de custódia).
- Acolhimento humanizado pela equipe de saúde prisional ou APS vinculada.
- Registro no e-SUS e comunicação à coordenação de saúde prisional.

### Início do Pré-Natal

- Primeira consulta com avaliação clínica e obstétrica completa.
- Solicitação de exames laboratoriais, vacinação e entrega da caderneta da gestante.
- Orientações sobre sinais de risco e planejamento para o parto.

### Acompanhamento Durante a Gestação

- Consultas de pré-natal regulares, preferencialmente dentro da unidade prisional.
- Monitoramento de comorbidades e saúde mental, com encaminhamento quando necessário.
- Atividades educativas sobre cuidados com o bebê, aleitamento materno e direitos da gestante privada de liberdade.

### Encaminhamentos e Regulação

- Gestante de risco habitual → acompanhada pela equipe prisional e APS de referência.
- Risco intermediário ou alto →
  - Encaminhamento à AAE ou hospital de referência via regulação
  - Garantia de escolta e transporte sanitário seguro

### Parto, Puerpério e Continuidade do Cuidado

- Vinculação prévia a maternidade de referência, assegurando parto humanizado e direito a acompanhante quando possível.
- Contrarreferência à unidade prisional e APS após alta hospitalar.
- Acompanhamento no puerpério e puericultura do RN, com articulação com rede de proteção social e judiciária em casos de separação mãe-bebê.

Esse fluxo garante direito à saúde materno-infantil no contexto prisional, com atenção integrada entre saúde, justiça e assistência social, reduzindo riscos à mãe e ao bebê.



A violência obstétrica é caracterizada pelo desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, e podem ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto.

A prevenção e o enfrentamento da violência obstétrica garantem que a gestante seja atendida com dignidade, respeito e segurança, fortalecendo o protagonismo da mulher e a humanização da assistência ao parto e nascimento.

#### **Prevenção na Atenção Pré-Natal**

- Orientar a gestante e família sobre seus direitos no parto e puerpério.
- Apresentar o plano de parto como ferramenta de protagonismo.
- Estimular a escolha do acompanhante de livre escolha, conforme lei vigente.

#### **Ações na Atenção ao Parto e Nascimento**

- Garantir acolhimento humanizado na admissão hospitalar.
- Respeitar escolhas da gestante quanto à posição, métodos de alívio da dor e contato pele a pele.
- Evitar práticas não recomendadas, como:
  - Episiotomia de rotina
  - Kristeller
  - Restrição de movimento ou jejum prolongado
- Registrar todo o atendimento de forma transparente.

#### **Identificação de Situações de Violência Obstétrica**

- Tipos de violência: física, psicológica, verbal, institucional e negligência.
- Profissionais e familiares devem estar atentos a sinais de constrangimento ou abuso.

#### **Condutas Frente as Ocorrências**

- Acolher e escutar a mulher, assegurando segurança e integridade física e emocional.
- Registrar e notificar a ocorrência conforme protocolos institucionais.
- Acionar serviço social ou ouvidoria para suporte e encaminhamentos necessários.

#### **Atendimento a Gestante Vítima de Violência Sexual**

O Estado do Tocantins dispõe de 05 hospitais da rede pública para acolhimento de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual (SAVIS) e estão sob Gestão Estadual, sendo eles: Hospital Regional de Augustinópolis (Região de Saúde Bico do Papagaio), Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (Região de Saúde Capim Dourado), Hospital Regional de Gurupi (Região de Saúde Ilha do Bananal), Hospital Materno Infantil Tia Dedé (Região de Saúde Amor Perfeito) e o atendimento a Pessoas em Situação de Violência Infantil - SAVI no Hospital Geral de Palmas/Ala da Pediatria (Região de Saúde Capim Dourado).



Tratando de crianças e/ou adolescentes com idade inferior a 14 anos, trata-se de estupro de vulnerável. O Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos é o único que disponibiliza na rede de saúde pública do TO, o abortamento previsto em lei desde que atenda aos critérios da legislação Código Penal- Decreto-Lei n.º 2.848/1940, Art. 128 e a Lei n.º 12.015, de 7 de agosto 2009, art. 217-A.

Caso haja manifestação de interesse a entrega voluntária de bebês para adoção, cabe salientar que caso haja manifestação de interesse a entrega voluntária de bebês para adoção é um direito garantido às gestantes ou mulheres em estado puerperal, ou seja, logo após o parto, sendo dever do Estado zelar para que essa entrega seja realizada sem críticas ou julgamentos, amparado pela Lei 13.509/2017, chamada de “Lei da Adoção”.

Destaca-se também a publicação da Lei Nº 14.737 de 27 de novembro de 2023 que altera a Lei 8.080 e 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde público e privado, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.


### Continuidade do Cuidado

- Acompanhamento da mulher no puerpério para suporte emocional e psicológico.
- Encaminhamento para rede de apoio (saúde mental, assistência social e jurídica, se necessário).
- Registro no prontuário e e-SUS para garantir visibilidade e monitoramento.


Esse fluxo fortalece a humanização da assistência, reduz práticas abusivas e promove cuidado integral e respeitoso à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

  
SERVIÇOS DE SAÚDE ESTADUAIS  
DISPONÍVEIS NO TOCANTINS



  
LEI Nº 3.113, DE 2 DE JUNHO DE  
2016.  
Institui o Estatuto do Parto  
Humanizado no Tocantins, e dá  
outras providências.



  
LEI Nº 3.674, DE 26 DE MAIO DE 2020  
Altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de  
2018, que dispõe sobre a implementação  
de medidas de informação e proteção à  
gestante e parturiente contra a violência  
obstétrica no Estado do Tocantins.



### Ações de Prevenção na APS e no Pré-Natal

- Educação em saúde sobre:
- Direitos da gestante e do bebê
- Boas práticas de atenção ao parto e nascimento
- Sinais de violência obstétrica
- Construção do plano de parto, incluindo:
- Preferências da gestante
- Registro de procedimentos desejados ou recusados
- Encaminhamento à visita guiada à maternidade para fortalecimento do vínculo.

### Notificação e Acompanhamento em Caso de Violência

#### Identificação da violência obstétrica por:

- Gestante/família
- Profissionais de saúde
- Registro e notificação para a gestão municipal ou estadual.

#### Encaminhamento à rede de apoio quando necessário:

- Assistência social
- Defensoria Pública
- Ministério Público
- Comitê de Mortalidade Materna e Infantil

### Identificação e Acolhimento da Gestante

- Acolhimento humanizado em todos os pontos da rede (APS, AAE, maternidade).
- **Esclarecimento sobre direitos da gestante:**
- Presença de acompanhante
- Liberdade de posição durante o parto
- Consentimento para procedimentos
- Registro no e-SUS e na caderneta da gestante das orientações fornecidas.

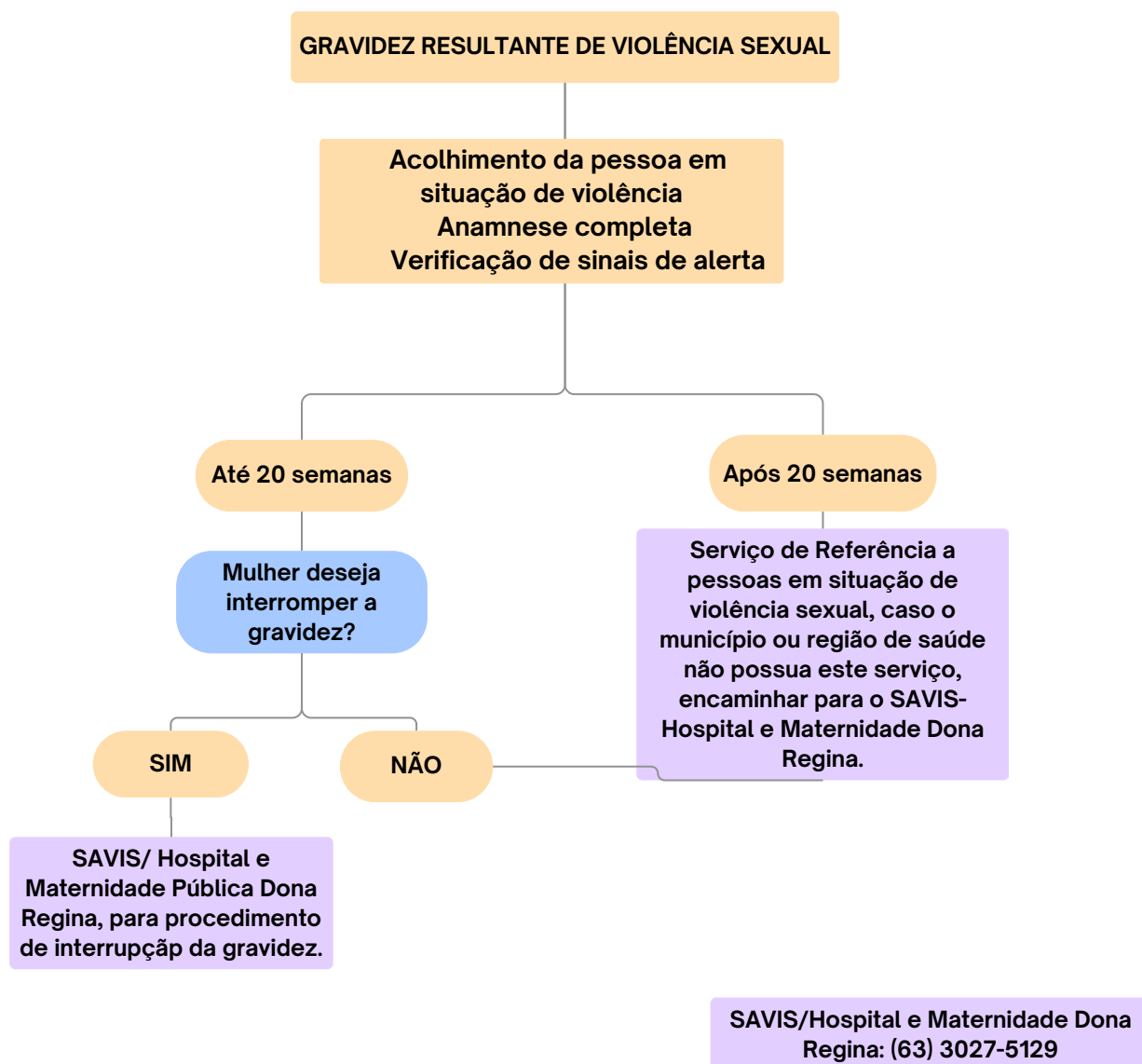
### Durante o Parto e Nascimento

- Garantia de práticas humanizadas:
- Acolhimento com respeito
- Uso de métodos não farmacológicos para dor
- Contato pele a pele e aleitamento precoce
- Registro de qualquer intercorrência ou denúncia de prática abusiva.
- Acionamento do responsável técnico da maternidade em casos de suspeita de violência.

### Continuidade do Cuidado no Puerpério

- Visita domiciliar pós-parto para:
- Avaliar saúde física e emocional da mãe
- Investigar sinais de trauma ou violência sofrida
- Orientar sobre apoio psicológico e jurídico disponível
- Registro no e-SUS e articulação com rede de proteção social, se necessário.

## FLUXOGRAMA: Atenção a Mulher com Gravidez Resultante de Violência Sexual



A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) atua como complemento à APS, oferecendo cuidado multiprofissional e suporte clínico para gestantes e crianças em situações de risco ou complexidade.

### Organização da Atenção Especializada no Estado do Tocantins

Os municípios de Palmas, Porto Nacional, Paraíso do Tocantins e Gurupi no Estado do Tocantins, oferecem pontos de atenção especializados para o atendimento de gestantes de alto risco e para cuidados em ginecologia e obstetrícia, sob gestão municipal. Nesses espaços, são garantidos consultas e alguns exames especializados, cada município com a sua especificidade, assegurando um atendimento às mulheres que necessitam de cuidados específicos.

#### QUADRO 5: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO ESTADO DO TOCANTINS

Macrorregião de Saúde	LOCALIZAÇÃO (município)	Identificação do Serviço	Tipos de Serviços	Gestão	Habilitado como AGPAR
Centro Sul	Gurupi	Clínica da Mulher	Consulta Especialista	Municipal	Não
	Porto Nacional	Centro de Especialidades Médicas Dr. Gismar Gomes	Consulta Especialista		Não
	Palmas	Ambulatório de Atenção à Saúde Dr. Eduardo Medrado (AMAS)	Consulta Especialista		Não
		Centro de Atenção Especializada à Saúde Francisca Romana Chaves	Consulta Especialista		Não
		Policlínica de Traquaralto	Consulta Especialista		Não
	Paraíso do Tocantins	Clínica da Mulher Ibrahim K. G. Haonat	Consulta Especialista		Não

Fonte: CNES, Ficha de Estabelecimentos. Acesso em 04/07/2025.

Além desses, 37 municípios do Estado ofertam atendimento especializado em ginecologia e obstetrícia Conforme a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI) , atendendo demandas locais e/ou regionais para o acompanhamento de gestantes e para a saúde feminina de forma integral., detalhado no quadro abaixo:

**Quadro 6: Referências de atendimento às consultas especializadas em ginecologia e obstetrícia por Região de Saúde - Tocantins.**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO EXECUTOR	COMPETÊNCIA
Bico do Papagaio	Praia Norte	Gestão Municipal
	São Miguel do Tocantins	Gestão Municipal
	Sítio Novo	Gestão Municipal
	Tocantinópolis	Gestão Municipal
	Araguatins	Gestão Municipal
Bico do Papagaio	Augustinópolis	Gestão Estadual
	Itaguatins	Gestão Municipal
Médio Norte Araguaia	Araguaína	Gestão Estadual
	Xambioá	Gestão Estadual
	Arapoema	Gestão Estadual

continua



**QUADRO 6: REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA POR REGIÃO DE SAÚDE - TOCANTINS.**

Cerrado Tocantins Araguaia	Bandeirantes do Tocantins	Gestão Municipal
	Colinas do Tocantins	Gestão Municipal
Cerrado Tocantins Araguaia	Couto Magalhães	Gestão Municipal
	Guaraí	Dupla
	Pedro Afonso	Gestão Estadual
	Pequizeiro	Gestão Municipal
Capim Dourado	Lajeado	Gestão Municipal
	Miracema do Tocantins	Gestão Estadual
	Palmas	Gestão Municipal
Ilha do Bananal	Formoso do Araguaia	Gestão Municipal
	Gurupi	Gestão Municipal
	Formoso do Araguaia	Gestão Municipal
	Gurupi	Gestão Municipal
	Talismã	Gestão Municipal
	Peixe	Gestão Municipal
Cantão	Araguacema	Gestão Municipal
	Barrolândia	Gestão Municipal

continua



### QUADRO 6: REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA POR REGIÃO DE SAÚDE - TOCANTINS.

Cantão	Cristalândia	Gestão Municipal
	Divinópolis do Tocantins	Gestão Municipal
	Nova Rosalândia	Gestão Municipal
	Paraíso do Tocantins	Gestão Municipal
	Pium	Gestão Municipal
Amor Perfeito	Monte do Carmo	Gestão Municipal
	Porto Nacional	50% Estadual e 50% Municipal
	Silvanópolis	Gestão Municipal
Sudeste	Arraias	Gestão Estadual
	Dianópolis	Gestão Estadual
	Paranã	Gestão Municipal
	Taguatinga	Gestão Municipal

Fonte: Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde. Acesso em 23/06/2025.

Esses e outros pontos de atenção especializados no Tocantins fortalecem a rede de atendimento à saúde da mulher, promovendo acesso aos cuidados necessários e contribuindo para o bem-estar e segurança das gestantes e mulheres em várias regiões do estado.



É importante ressaltar que a oferta de serviços em cada ponto de atenção pode variar conforme os recursos físicos, financeiros e profissionais disponíveis em cada município. No entanto, as pactuações estaduais seguem as resoluções vigentes, garantindo que o atendimento se mantenha em conformidade com as diretrizes estabelecidas.

### **Encaminhamento à AAE**

- Gestante ou criança identificada com risco intermediário ou alto na APS.
- Encaminhamento via SISREG, garantindo referência definida e prioridade conforme risco.
- Envio de informações clínicas completas para facilitar o atendimento especializado.

### **Primeira Avaliação na AAE**

- Atendimento multiprofissional: obstetrícia, pediatria, enfermagem, nutrição, psicologia e outros.
- Avaliação detalhada do quadro clínico, exames complementares e histórico do pré-natal ou puericultura.
- Definição do plano de cuidado compartilhado com a APS.

### **Acompanhamento Especializado**

- Consultas periódicas e monitoramento contínuo, conforme necessidade clínica.
- Realização de exames complementares e condutas terapêuticas específicas.
- Discussão de casos com a APS, garantindo comunicação ativa entre os níveis de atenção.

### **Encaminhamentos e Regulação**

- Gestante ou criança com agravamento clínico → encaminhamento imediato para hospital de referência.
- Situações de alta complexidade → articulação com atenção hospitalar e serviços de referência estadual.

### **Contrarreferência e Continuidade do Cuidado**

- Retorno à APS após estabilização ou definição do plano terapêutico.
- Registro no e-SUS e prontuário físico, garantindo rastreabilidade do cuidado.
- Manutenção do acompanhamento compartilhado, fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil.

Esse fluxo garante que gestantes e crianças em risco recebam atenção especializada e integrada, com encaminhamento seguro e comunicação eficiente entre APS, AAE e hospital.





O ambulatório de medicina fetal é um serviço especializado que oferece acompanhamento do Pré-natal de alta complexidade com foco na saúde fetal, nas gestantes com maior risco de complicações e/ou com histórico de gestações anteriores com desfechos adversos.

O acesso ao serviço de medicina fetal é ofertado via agendamento, pela central de regulação para o ambulatório do Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos, sendo referência para as duas macrorregiões ( Norte e Centro Sul) de todo o estado do Tocantins.

### **Encaminhamento ao Serviço Especializado**

- Gestante identificada na APS ou AAE com suspeita de complicação fetal ou risco gestacional elevado.
- Encaminhamento via SISREG, com envio de exames de imagem e laboratoriais já realizados.
- Critérios comuns de encaminhamento:
  - Malformações suspeitas
  - Alterações no crescimento fetal
  - Alterações em exames de ultrassom ou doppler

### **Primeira Consulta no Ambulatório de Medicina Fetal**

- Avaliação multiprofissional e ultrassonografia especializada.
- Confirmação diagnóstica e estratificação do risco.
- Discussão do caso com equipe de referência, incluindo obstetrícia de alto risco.

### **Condutas e Intervenções**

- Definição do plano de cuidado fetal e materno.
- Indicação de exames complementares (doppler, ecocardiografia fetal, exames genéticos quando indicados).
- Orientação à gestante e família sobre diagnóstico e prognóstico.

### **Integração com a Rede de Atenção**

- Encaminhamento à atenção hospitalar, se necessário, para:
  - Procedimentos invasivos
  - Parto em ambiente com suporte neonatal adequado
- Contrarreferência à AAE e APS para acompanhamento conjunto.



### Continuidade e Monitoramento

- Consultas seriadas no ambulatório, conforme gravidade do caso.
- Articulação com atenção neonatal e UTI neonatal em casos de risco para o RN.
- Registro completo no e-SUS e prontuário especializado, garantindo rastreabilidade.

Esse fluxo assegura diagnóstico precoce, seguimento especializado e integração com a rede hospitalar, fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil e reduzindo riscos perinatais.

### São critérios de inclusão de pacientes:

a) Pacientes encaminhadas do interior do Estado do Tocantins, com diagnóstico prévio de uma das doenças atendidas no SEMEFE-HMDR.

b) Pacientes encaminhadas do SEGAR-HMDR, desde que tenham o diagnóstico firmado de uma das doenças atendidas no SEMEFE-HMDR. Obs: Todas estas pacientes deverão obrigatoriamente ser agendadas via Central de Regulação da SESAU-TO via Tratamento Fora do Domicílio - TDF, inclusive as do Serviço de Gestação de Alto Risco do HMDR.

## 20.2 Procedimentos Realizados no Serviço

São realizados os seguintes procedimentos:

- Consultas Ambulatoriais em Medicina Fetal;
- Amniocentese (previamente agendadas em parceria com o Serviço de Ultrassonografia do HMDR).



## Quadro 7. Indicações para consultas em Ambulatório de Medicina Fetal

Malformações Congênicas;	Aloimunização Rh;
Malformações do Sistema Nervoso Central e Defeitos de Fechamento do Tubo Neural (DFTN);	Hidropsia Fetal Não-Imune;
Malformações Faciais;	Trombocitopenia Fetal;
Malformações Cardíacas e Arritmias Fetais;	Gemelaridade Monocoriônica;
Malformações Torácicas Não-Cardíacas;	Síndrome da Transfusão Feto-fetal;
Malformações da Parede Abdominal;	RCIU - Restrição de Crescimento Intra-Uterino;
Malformações do Trato Gastrointestinal;	Infecções Congênicas: toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus, parvovírus, herpes, malária, leishmaniose, Zika Vírus somente em casos com comprometimento fetal;
Malformações Nefrológicas;	Cromossomopatias;
Malformações Genitais;	Doenças genéticas;
Malformações Esqueléticas;	Vítimas de Agentes Sabidamente Teratogênicos;
Malformações de Partes Moles;	Erros inatos do metabolismo.

Fonte: Protocolo Operacional Padrão do Setor de Regulação Estadual do Tocantins.



### Acolhimento no Ambulatório de Medicina Fetal

- Avaliação especializada por equipe multiprofissional.
- Exames específicos realizados:
- Ultrassonografia morfológica
- Doppler
- Ecocardiografia fetal
- Confirmação ou exclusão de alterações fetais



### Indicação para o Ambulatório de Medicina Fetal

**Encaminhamento a partir da APS ou AAE, quando houver.**

- Alterações detectadas no ultrassom obstétrico
- Suspeita de malformações fetais
- Gestação de alto risco com necessidade de avaliação fetal detalhada
- Registro no prontuário e **no SISREG** com laudos e histórico clínico completo.



### Acompanhamento Compartilhado

- Revisões periódicas no ambulatório, conforme necessidade clínica
- Acompanhamento contínuo pela APS e AAE, com troca de informações via contrarreferência
- Planejamento do parto e nascimento baseado no risco fetal identificado



### Conduitas Frente aos Achados

- Resultado sem alterações relevantes →
- Retorno à APS com contrarreferência formal
- Continuidade do pré-natal habitual ou intermediário
- Confirmação de alteração fetal →
- Elaboração de plano terapêutico multiprofissional
- Encaminhamento para referência hospitalar adequada
- Programação do parto em centro com suporte especializado, quando necessário



### Pós-Nascimento e Continuidade do Cuidado

- Contrarreferência do RN à APS com resumo dos achados e condutas
- Encaminhamento para especialistas pediátricos se necessário
- Integração com rede de cuidados à criança de risco e puericultura intensificada.



A atenção hospitalar é destinada ao atendimento de gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças que demandam cuidado de maior complexidade, garantindo segurança materno-infantil e integração com os demais níveis da rede.

A Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. A rede deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e do sistema de governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Planejamento Regional Integrado – PRI.

Constam no artigo 45 da portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 as atribuições com relação aos serviços hospitalares de referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco.



[Portaria GM/ms Nº 5.350, DE 12 DE setembro DE 2024](#)  
[Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de](#)  
[setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.](#)



## 21.1 Referência da Gestante e Puérpera ao Local de Parto

O Tocantins tem instituído o desenho dos pontos de Atenção para parto e nascimento conforme Resolução CIB Nº 114 de 23 de agosto de 2013, que dispõe sobre a vinculação da gestante ao local do parto no Estado do Tocantins, no entanto além dos pontos definido na resolução supramencionada, consta outras unidades hospitalares com credenciamento de leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos.



O desenho dos pontos de Atenção para parto e nascimento encontra-se em fase de elaboração através do “Plano de vinculação para parto e nascimento” que será capaz de responder às reais necessidades de saúde da população materno infantil do Estado do Tocantins e conseqüentemente de atualização da referida resolução mencionada.

Dentre os 139 municípios do Tocantins, 15 municípios ofertam o serviço de maternidade e/ou hospitais que realizam partos, conforme quadro abaixo.

**QUADRO 8: ATENÇÃO HOSPITALAR NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO TOCANTINS**

<i>MATERNIDADE</i>	<i>REGIÃO DE SAÚDE</i>	<i>REFERÊNCIA</i>
Hospital e Maternidade Dona Regina	Capim Dourado	Alto Risco – Macrorregião Centro Sul
Hospital Dom Orione de Araguaína	Médio Norte Araguaia	Alto Risco – Macrorregião Norte
Hospital Regional de Gurupi	Ilha do Bananal	Risco Habitual
Hospital Regional de Guaraí	Cerrado Tocantins Araguaia	
Tia Dedé – Porto Nacional	Amor Perfeito	
Hospital Regional de Augustinópolis	Bico do Papagaio	
Hospital Regional de Miracema	Capim Dourado	
Hospital Regional de Paraíso	Cantão	
Hospital Regional de Pedro Afonso	Cerrado Tocantins Araguaia	
Hospital Regional de Xambioá	Médio Norte Araguaia	
Hospital Regional de Arraias	Sudeste	
Hospital Regional de Dianópolis		
Hospital Regional de Colinas	Cerrado Tocantins Araguaia	
Hospital Regional de Taguatinga	Sudeste	
Hospital Regional de Tocantinópolis	Bico do Papagaio	



Para este nível de atenção, o Estado do Tocantins dispõe de 15 Unidades Hospitalares, onde ocorrem partos de risco habitual, sendo: Hospital Regional de Gurupi, Hospital Regional de Guaraí, Maternidade Tia Dedé, Hospital Regional de Miracema, Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital Regional de Paraíso, Hospital Regional de Pedro Afonso, Hospital Regional de Xambioá, Hospital Regional de Arraias, Hospital Regional de Dianópolis, Hospital Municipal de Colinas, Hospital Municipal de Tocantinópolis e Hospital Municipal de Taguatinga e 02 maternidades de alto risco, Hospital e Maternidade Dona Regina e Hospital Dom Orione.

Cabe ressaltar que, além dessas 15 unidades de referência para partos, outros hospitais municipais e de pequeno porte também realizam partos, embora em menor quantidade, devido a sua capacidade assistencial de baixa complexidade. Esses serviços complementares ajudam a descentralizar o atendimento e a atender a demanda local, ainda que sejam limitados em sua abrangência e estrutura para partos de maior complexidade.



### Ações Iniciais de Atendimento

- Registro e abertura de prontuário
- Avaliação clínica e obstétrica ou pediátrica imediata
- Identificação do risco para definição de condutas e alocação em:
- Pré-parto/centro obstétrico
- Internação clínica
- Unidade de alto risco ou UTI (materna ou neonatal)

### Intercorrências e Encaminhamentos Internos

- Gestante ou RN com complicações → avaliação imediata pela equipe especializada
- Encaminhamento para unidades de maior complexidade, quando necessário:
- UTI materna
- UTI ou UCI neonatal
- Acionamento de transporte inter-hospitalar quando a unidade não dispõe do recurso necessário

### Alta Hospitalar e Contrarreferência

#### Planejamento da alta conjunta mãe e bebê, com:

- Registro das condutas realizadas
- Orientações para sinais de alerta e autocuidado
- Agendamento do acompanhamento na APS (puerpério e puericultura)
- Envio de contrarreferência à UBS/equipe de APS responsável
- Garantia de continuidade do cuidado com visita domiciliar até 7 dias pós-parto

### Chegada da Gestante ou RN ao Hospital

- **Acesso pela porta de entrada hospitalar:**
- Procura espontânea da gestante em trabalho de parto ou com intercorrência
- Encaminhamento via SISREG (programado ou urgência)
- Transferência inter-hospitalar (casos de alto risco ou emergência)
- Acolhimento com Classificação de Risco imediato.

### Assistência ao Parto e Nascimento

#### Garantia das Boas Práticas de Parto e Nascimento, incluindo:

- Acolhimento humanizado e direito a acompanhante
- Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor
- Contato pele a pele e estímulo ao aleitamento precoce
- Atendimento ao RN na sala de parto com avaliação inicial e testes neonatais quando aplicável



A atenção no puerpério garante continuidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido após o parto, promovendo prevenção de complicações, apoio ao aleitamento materno e integração com a APS.

### **Identificação e Acolhimento Pós-Parto**

- Alta hospitalar com orientações sobre sinais de alerta e cuidados com mãe e bebê.
- Entrega do resumo de alta à APS, garantindo contrarreferência.
- Agendamento da primeira visita domiciliar ou consulta em até 7 dias pós-parto.

### **Primeira Consulta Puerperal**

- Avaliação clínica e emocional da puérpera:
  - Cicatrização, involução uterina e sinais de infecção
  - Rastreamento para depressão pós-parto
- Avaliação do aleitamento materno e saúde das mamas.
- Orientações sobre autocuidado e retorno gradual às atividades.

### **Acompanhamento Contínuo**

- Consultas complementares em até 42 dias pós-parto, ou conforme necessidade.
- Início ou ajuste do planejamento reprodutivo.
- Apoio à amamentação e incentivo ao contato pele a pele.

### **Encaminhamentos Conforme Necessidade**

- Situações de risco identificadas → encaminhamento à AAE ou hospital de referência.
- Apoio intersetorial em casos de vulnerabilidade social, violência ou sofrimento psíquico.

### **Integração com a Linha de Cuidado Materno-Infantil**

- Registro no e-SUS e atualização da caderneta da gestante e da criança.
- Vinculação imediata à puericultura, garantindo acompanhamento do bebê até 2 anos.
- Educação em saúde e fortalecimento do vínculo familiar.

Esse fluxo assegura continuidade do cuidado após o parto, reduz riscos no puerpério e promove saúde integral para mãe e bebê.



### Alta Hospitalar e Retorno à APS

- Mãe e bebê recebem alta hospitalar com orientações e contrarreferência para APS.
- Informações registradas no e-SUS e entregues em caderneta da criança e formulário/ resumo de alta hospitalar.
- Equipe da APS inicia monitoramento para visita domiciliar precoce.



### Visita Domiciliar Pós-Parto

Realizada pelo ACS/Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) e atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional em até 7 dias após o parto.

#### Avaliação da mãe:

- Cicatrização (cesariana ou laceração)
- Sinais de infecção ou hemorragia
- Saúde emocional e risco para depressão pós-parto

#### Avaliação do bebê:

- Peso, cuidados com o coto umbilical, amamentação e eliminações fisiológicas.
- Condições gerais de saúde e vinculação com a mãe



### Consulta de Puerpério na UBS

- Primeira consulta entre 7 e 10 dias pós-parto, podendo ser antecipada se houver risco.

#### Avaliação clínica materna e neonatal, incluindo:

- Estado emocional da mãe e vínculo afetivo
- Condições de aleitamento e nutrição
- Atualização vacinal e orientações sobre sinais de risco
- Reforço do planejamento reprodutivo e cuidados com saúde sexual e reprodutiva.



### Acompanhamento Contínuo no Puerpério

- Monitoramento das condições de saúde da mãe e bebê até 42 dias pós-parto.

#### Encaminhamento à AAE ou hospital, quando necessário, em casos de:

- Hemorragia
- Infecção
- Depressão pós-parto
- Intercorrências do bebê



### Integração com a Linha de Cuidado da Criança

#### Início imediato da puericultura, com:

- Testes neonatais (pezinho, orelhinha, olhinho, coraçãozinho)
- Vacinação do bebê conforme calendário
- Orientações sobre higiene, sono e prevenção de acidentes
- Vinculação da mãe e bebê à rede de apoio social e saúde mental, quando indicado.



A atenção ao recém-nascido (RN) e à saúde da criança garante cuidado integral desde o nascimento até os dois anos de idade, priorizando prevenção de agravos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e fortalecimento do vínculo familiar.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)



DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO versão resumida



Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde



### Nascimento e Primeiras Horas de Vida

- Acolhimento humanizado na sala de parto:
  - Contato pele a pele imediato
  - Aleitamento materno na primeira hora de vida
- Profilaxias e vacinas iniciais: vitamina K, colírio ocular, BCG e hepatite B.
- Registro do nascimento e início da caderneta da criança.

### Primeira Semana de Vida

- Visita domiciliar ou consulta na APS em até 7 dias após alta hospitalar.
- Realização da triagem neonatal completa:
  - Teste do pezinho, olhinho, orelhinha e coraçãozinho
- Orientações à família sobre sinais de alerta e cuidados com o RN.

### Acompanhamento Contínuo (0 a 2 anos)

- Puericultura com consultas regulares:
  - 1ª semana de vida; 1 mês; 2 meses; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses, 18 meses; 24 meses e a partir de 2 anos consultas anuais.
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento:
  - Peso, estatura, perímetro cefálico
  - Marcos neuropsicomotores
- Atualização vacinal conforme calendário do PNI.

### Encaminhamentos e Intervenção Precoce

- Sinais de risco ou alterações identificadas → encaminhamento à AAE ou hospital de referência.

Integração com equipe multiprofissional (fono, nutrição, fisioterapia, psicologia) quando necessário.



**Educação em Saúde e Suporte Familiar**

- Orientações sobre aleitamento materno e introdução alimentar.
- Prevenção de acidentes domésticos e incentivo ao vínculo afetivo.
- Articulação com rede intersetorial em situações de vulnerabilidade.

As afecções perinatais, como prematuridade, asfixia perinatal, infecções e malformações congênitas, são as principais causas de morte nos primeiros 5 anos de vida, especialmente no primeiro mês. A vigilância no primeiro mês é crucial, já que o risco de morte nesse período é tão alto quanto na velhice.

Crianças com vulnerabilidades biológicas e sociais estão em maior risco. Os principais fatores incluem baixo peso ao nascer, diversos níveis de prematuridade e suas complicações, eventos intraparto e infecções agudas e crônicas. O nascimento prematuro é a principal causa de morte no Brasil, e as crianças que sobrevivem a essa carga têm repercussões ao longo da vida.

Esse fluxo garante cuidado integral e contínuo ao bebê e à criança pequena, fortalecendo a prevenção de agravos e a promoção do desenvolvimento saudável.



### Nascimento e Primeiros Cuidados

#### Acolhimento do RN na sala de parto:

- Secagem, aquecimento e avaliação inicial
- Contato pele a pele e início do aleitamento precoce

#### Aplicação de profilaxias neonatais:

- Vitamina K
- Colírio de nitrato de prata ou equivalente
- Vacinas BCG e Hepatite B (primeira dose)

### Alta Hospitalar e Contrarreferência à APS

- Envio de resumo do atendimento do RN à equipe da UBS responsável
- Agendamento de visita domiciliar em até 7 dias de vida
- Orientação à família sobre sinais de risco e cuidados iniciais com o bebê

### Vacinação e Prevenção de Agravos

- Cumprimento rigoroso do calendário vacinal
- Orientações sobre prevenção de acidentes e higiene
- Encaminhamento para especialistas quando houver alterações no desenvolvimento ou doenças detectadas

### Integração com a Rede de Atenção à Saúde

#### Encaminhamento à AAE ou hospital em casos de:

- Alterações nos testes neonatais
- Condições clínicas que exigem avaliação especializada
- Contrarreferência à APS para continuidade do acompanhamento

### Testes e Triagem Neonatal

#### Realização na maternidade ou na primeira semana de vida:

- Teste do pezinho - realizado na UBS
- Teste do olhinho
- Teste do coraçãozinho
- Teste da orelhinha
- Registro dos resultados no prontuário e caderneta da criança

### Primeira Infância – Acompanhamento na APS

- Visita domiciliar pelo ACS/ Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) e atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional em até 7 dias após a alta

#### Consultas de puericultura com periodicidade recomendada:

- 1ª semana de vida; 1 mês; 2 meses; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses; 18 meses; 24 meses e a partir de 2 anos consultas anuais.

#### Monitoramento do crescimento e desenvolvimento:

- Peso, estatura e perímetro cefálico
- Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor
- Avaliação nutricional e de aleitamento



A humanização na sala de parto garante protagonismo da mulher, respeito aos direitos e segurança materno-infantil, integrando boas práticas de assistência ao nascimento.

**Acolhimento da Gestante na Maternidade**

- Recepção humanizada e escuta qualificada, respeitando plano de parto.
- Classificação de risco e registro imediato no prontuário.
- Garantia de acompanhante de livre escolha, conforme Lei nº 14.737 de 27 de novembro de 2023.

**Assistência ao Trabalho de Parto**

- Oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor:
  - Bola de parto, banho morno, massagem, deambulação
- Permitir liberdade de posição e mobilidade durante o trabalho de parto.
- Evitar intervenções desnecessárias (episiotomia de rotina, Kristeller, jejum prolongado).

**Parto e Nascimento Humanizado**

- Incentivar parto em posição escolhida pela mulher.
- Garantir clampeamento oportuno do cordão umbilical.
- Promover contato pele a pele imediato e aleitamento materno na primeira hora de vida.

**Registro e Segurança**

- Registrar todos os procedimentos no prontuário.
- Monitorar sinais vitais maternos e fetais continuamente.
- Acionar equipe multiprofissional em caso de intercorrências.

**Continuidade do Cuidado Pós-Parto**

- Transferência para alojamento conjunto sempre que possível.
- Orientações à família sobre cuidados com o RN e sinais de alerta.
- Contrarreferência à APS para puericultura e acompanhamento pós-alta.

Esse fluxo promove protagonismo da mulher, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e redução da mortalidade materno-infantil, seguindo as boas práticas de humanização do parto.



**Quadro 9: Classificação do índice de APGAR**

ESCALA DE APGAR			
SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	<100	> 100
Respiração	Ausente	irregular	Choro forte
Tônus muscular	Flacidez	Alguma flexão de extremidades	Boa movimentação
Reflexos (estímulo nasal)	Ausente	Algum movimento	Espirros
Cor	Cianose e/ou palidez	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Róseo

Sofrimento grave: 0 a 3 pontos

Sofrimento moderado (intermediário): 4 a 6 pontos

Ausência de dificuldade de adaptação da vida extrauterina: 7 a 10 pontos.

Fonte: Brasil, Caderno de Atenção Básica (32), 2013.

**Classificação de Risco ao Nascer de Acordo com o Crescimento Intrauterino**

Toda criança deve ser avaliada para a adequação e a proporcionalidade de crescimento intrauterino para uma determinada IG, considerando as medidas de peso, comprimento e perímetro craniano obtidas nas primeiras 12 horas após o nascimento, sendo assim definido:

CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM NASCIDO COM RELAÇÃO A IDADE GESTACIONAL	PERCENTIL (ou escore-z correspondente)
PIG- pequeno para idade gestacional	< abaixo do percentil 10
AIG- adequado para idade gestacional	percentil 10 e 90
GIG- grande para idade gestacional	> acima do percentil 90

Fonte: Adaptado do Manual de Atenção à Saúde do Recém Nascido: Guia para profissionais de Saúde



### Estratificação de Risco Evolutivo ao longo da vida da criança

A estratificação de risco é uma estratégia importante para qualificar o cuidado à saúde da criança. Seu principal objetivo é acompanhar de forma contínua o crescimento e o desenvolvimento infantil, identificando precocemente situações que podem representar risco de adoecimento, agravamento ou morte. Com isso, é possível planejar ações de prevenção e cuidado adequadas a cada realidade (CONASS, 2019).

Além disso, a estratificação permite conhecer melhor a situação clínica e social de cada criança, possibilitando um atendimento diferenciado conforme o grau de risco. Crianças com maior risco precisam de mais atenção e acompanhamento do que aquelas com risco habitual.

A participação ativa dos profissionais de saúde é essencial, seu olhar clínico e sensibilidade fazem a diferença na hora de identificar riscos, principalmente nos primeiros cinco anos de vida – fase decisiva para o desenvolvimento da criança.

ORDENAÇÃO DO CUIDADO DA CRIANÇA NA REDE DE ATENÇÃO MATERNO E INFANTIL		
Estratificação de risco	Acompanhamento	Foco
HABITUAL	Pela equipe APS	Promoção do bem-estar da criança e de sua família Vigilância do crescimento e do desenvolvimento Fortalecimento dos fatores protetivos e estimuladores

continua



INTERMEDIÁRIO	Pela equipe APS com apoio matricial da equipe AAE quando necessário	Mitigação dos fatores de risco e prevenção de possíveis agravos Vigilância do crescimento e desenvolvimento Fortalecimento da capacidade de cuidado pela família
ALTO	Compartilhado entre as equipes da APS e AAE	Estabilização clínica Vigilância, para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas Fortalecimento da capacidade de cuidado pela família Suporte direto à criança e à sua família
ALTO COM CONDIÇÕES ESPECIAIS	Compartilhado entre as equipes da APS e AAE e com outros serviços e especialidades necessárias.	Garantia do cuidado Estabilização clínica Tratamentos específicos

Fonte: Brasil, MS/Caderno de Atenção Básica, 2013.





Os cuidados integrados do bebê do período gestacional aos dois primeiros anos de vida garantem crescimento saudável, desenvolvimento neuropsicomotor adequado e prevenção de agravos, fortalecendo o vínculo familiar e a continuidade do cuidado.

### **Gestação – Início do Cuidado**

- Pré-natal completo e humanizado, com estratificação de risco e vacinação da gestante.
- Orientações sobre aleitamento materno, preparo para o parto e cuidados com o bebê.
- Ações educativas para a família, estimulando o vínculo precoce.

### **Nascimento e Primeira Semana de Vida**

- Assistência ao parto humanizado, garantindo:
  - Contato pele a pele imediato
  - Aleitamento materno na primeira hora de vida
- Profilaxias neonatais e vacinação inicial (BCG e hepatite B).
- Primeira visita domiciliar ou consulta na APS em até 7 dias após a alta.

### **Puericultura e Acompanhamento Contínuo**

- Consultas periódicas na APS até os 2 anos, avaliando:
  - Crescimento: peso, estatura e perímetro cefálico
  - Desenvolvimento neuropsicomotor
  - Estado nutricional e prevenção de anemia
- Triagem neonatal e imunização completas.

### **Promoção do Aleitamento e Alimentação Saudável**

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais.
- Introdução alimentar saudável a partir do 6º mês, conforme orientação da APS.
- Orientações sobre prevenção de engasgos e acidentes domésticos.

### **Deteção Precoce de Riscos e Encaminhamentos**

- Monitoramento de sinais de risco clínicos ou de desenvolvimento.
- Encaminhamento à AAE ou hospital de referência quando necessário.
- Integração com equipe multiprofissional (fono, nutrição, fisioterapia, psicologia).

Esse fluxo garante cuidado contínuo e integral do bebê desde a gestação até os 2 anos, promovendo desenvolvimento pleno, prevenção de agravos e fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil.



### Nascimento e Primeiras Horas de Vida

#### Parto humanizado com:

- Contato pele a pele imediato
- Aleitamento materno na primeira hora de vida
- Aplicação de profilaxias e vacinas iniciais:
  - Vitamina K
  - Colírio profilático
  - BCG e Hepatite B (1ª dose)
- Registro do RN e início da caderneta da criança

### Acompanhamento Contínuo na APS

#### Puericultura programada:

- 1ª semana de vida; 1 mês; 2 meses; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses; 18 meses; 24 meses e a partir de 2 anos consultas anuais.
- Avaliação de crescimento e desenvolvimento:
  - Peso, estatura e perímetro cefálico
  - Marcos neuropsicomotores
- Estímulo à alimentação saudável e introdução alimentar adequada
- Vacinação conforme calendário do PNI

### Conexão com Rede de Proteção e Suporte Familiar

- Orientações sobre prevenção de acidentes e cuidados com o ambiente
- Incentivo à participação da família no cuidado e vínculo afetivo
- Encaminhamento à assistência social, se houver vulnerabilidade

### Início na Gestação

- Acompanhamento pré-natal regular na APS
- Suplementação materna e vacinação conforme protocolos
- Educação em saúde para gestante e família sobre:
  - Aleitamento materno exclusivo
  - Preparação para o parto e cuidados com o RN
- Sinais de risco e quando procurar a unidade de saúde

### Primeira Semana de Vida

- Visita domiciliar em até 7 dias após a alta hospitalar
- Consultas de puericultura iniciais
- Realização de testes neonatais:
  - Teste do pezinho
  - Teste do olhinho
  - Teste da orelhinha
  - Teste do coraçãozinho

### Intervenção Precoce e Encaminhamentos

- Identificação de sinais de risco ou atraso no desenvolvimento →
- Encaminhamento para AAE ou especialista
- Integração com rede multiprofissional (fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia)
- Acompanhamento intensificado do bebê em risco



O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) garante o rastreamento precoce de doenças genéticas, metabólicas e infecciosas em recém-nascidos, permitindo diagnóstico e tratamento oportunos para reduzir complicações e mortalidade infantil.

### **Nascimento e Primeiras Orientações**

- Acolhimento do RN na sala de parto e alojamento conjunto.
- Orientação à família sobre a importância dos testes neonatais.
- Registro do nascimento e atualização da caderneta da criança.

### **Testes de Triagem Neonatal**

- Teste do Pezinho (PNTN): coleta ideal entre 3º e 5º dia de vida.
- Teste do Olhinho (reflexo vermelho) ainda na maternidade.
- Teste da Orelhinha (emissões otoacústicas) antes da alta hospitalar.
- Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) no alojamento conjunto.

### **Encaminhamentos para Confirmação Diagnóstica**

- Resultados alterados ou suspeitos → encaminhamento imediato para serviço de referência em triagem neonatal.
- Articulação com a AAE e hospital, quando necessário.

### **Registro e Monitoramento**

- Registro no e-SUS e no sistema do PNTN.
- Acompanhamento do resultado e comunicação à família.
- Agendamento de retorno para continuidade do cuidado.

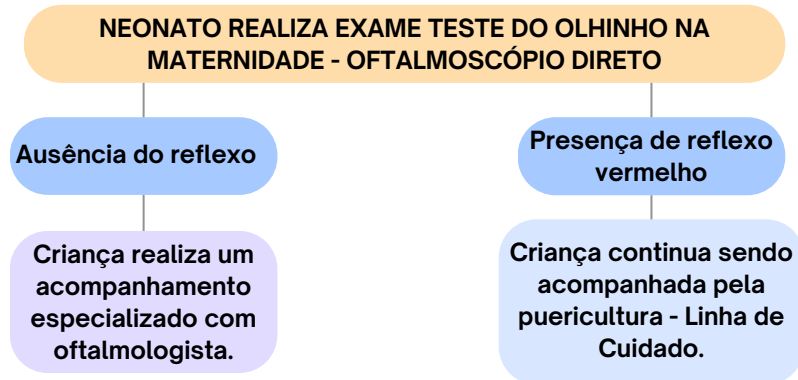
### **Continuidade do Cuidado e Intervenção Precoce**

- Encaminhamento à rede especializada em caso de diagnóstico confirmado.
- Acompanhamento multiprofissional e início do tratamento precoce.
- Integração com puericultura e acompanhamento até 2 anos de idade.

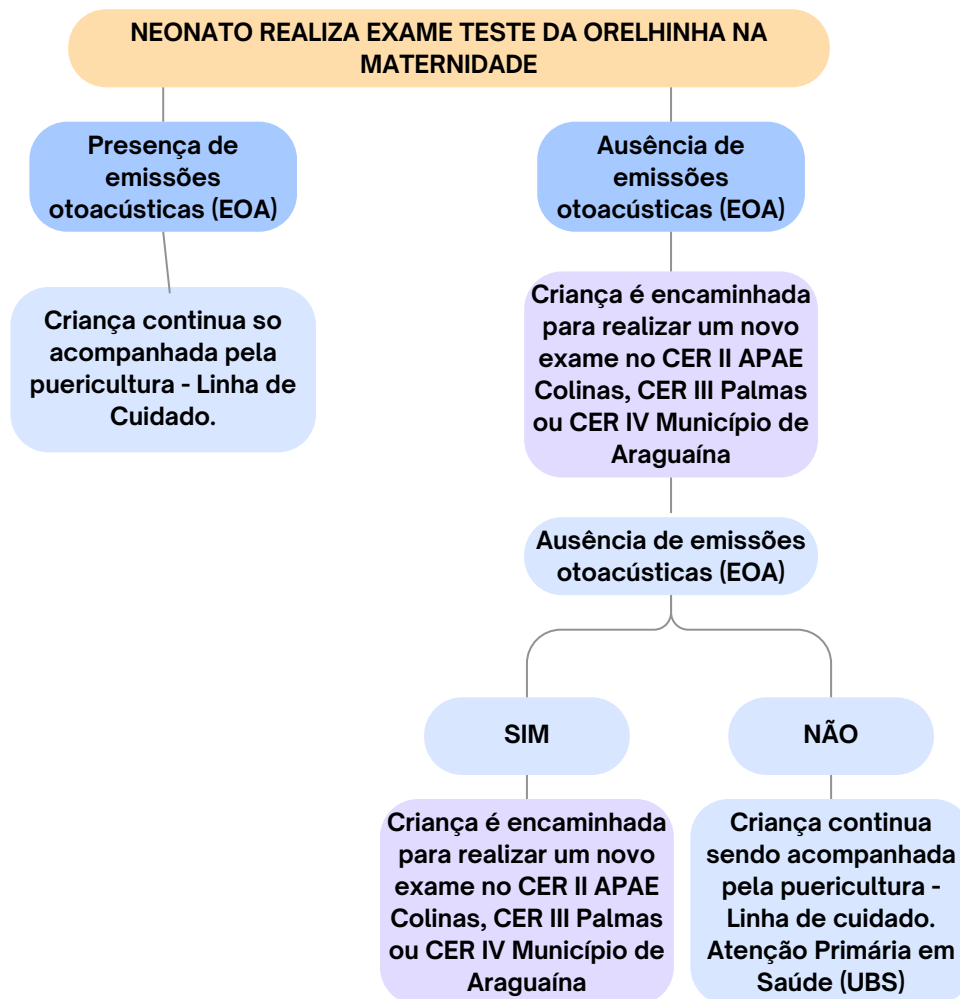
Esse fluxo garante diagnóstico precoce, início imediato do tratamento e redução de complicações, fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil e a prevenção da mortalidade infantil.



### FLUXOGRAMA ESTADUAL EM TRIAGEM NEONATAL Teste do Olhinho

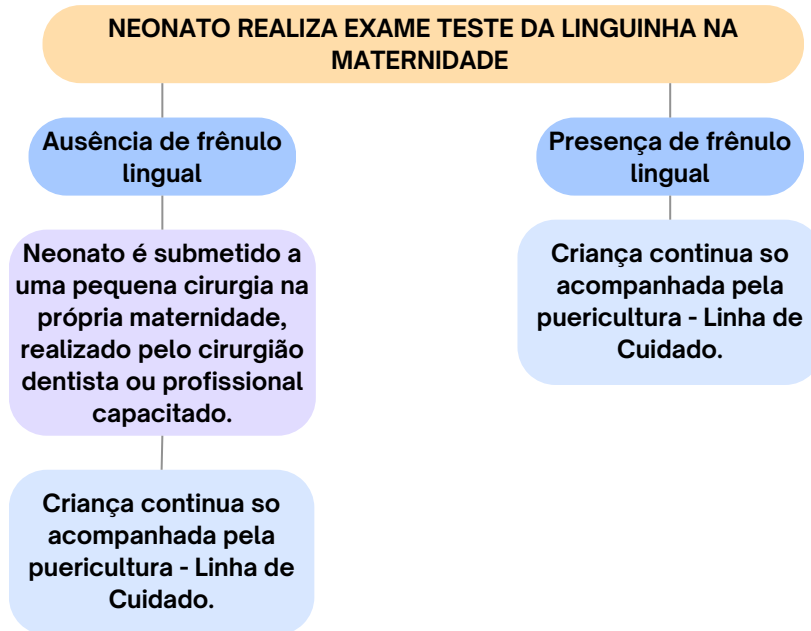


### FLUXOGRAMA ESTADUAL EM TRIAGEM NEONATAL Triagem Auditiva



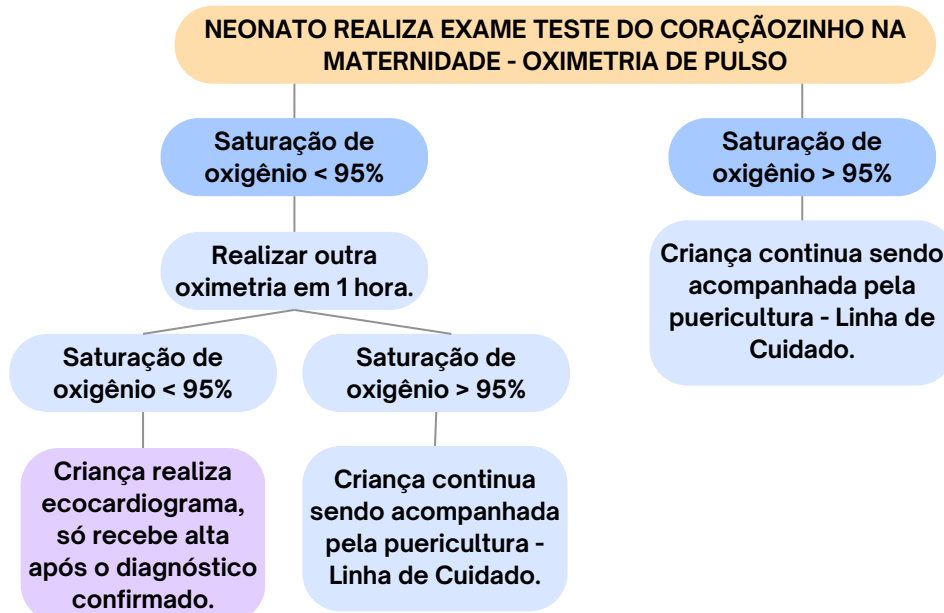
## FLUXOGRAMA ESTADUAL EM TRIAGEM NEONATAL

### Teste da Linguinha



## FLUXOGRAMA ESTADUAL EM TRIAGEM NEONATAL

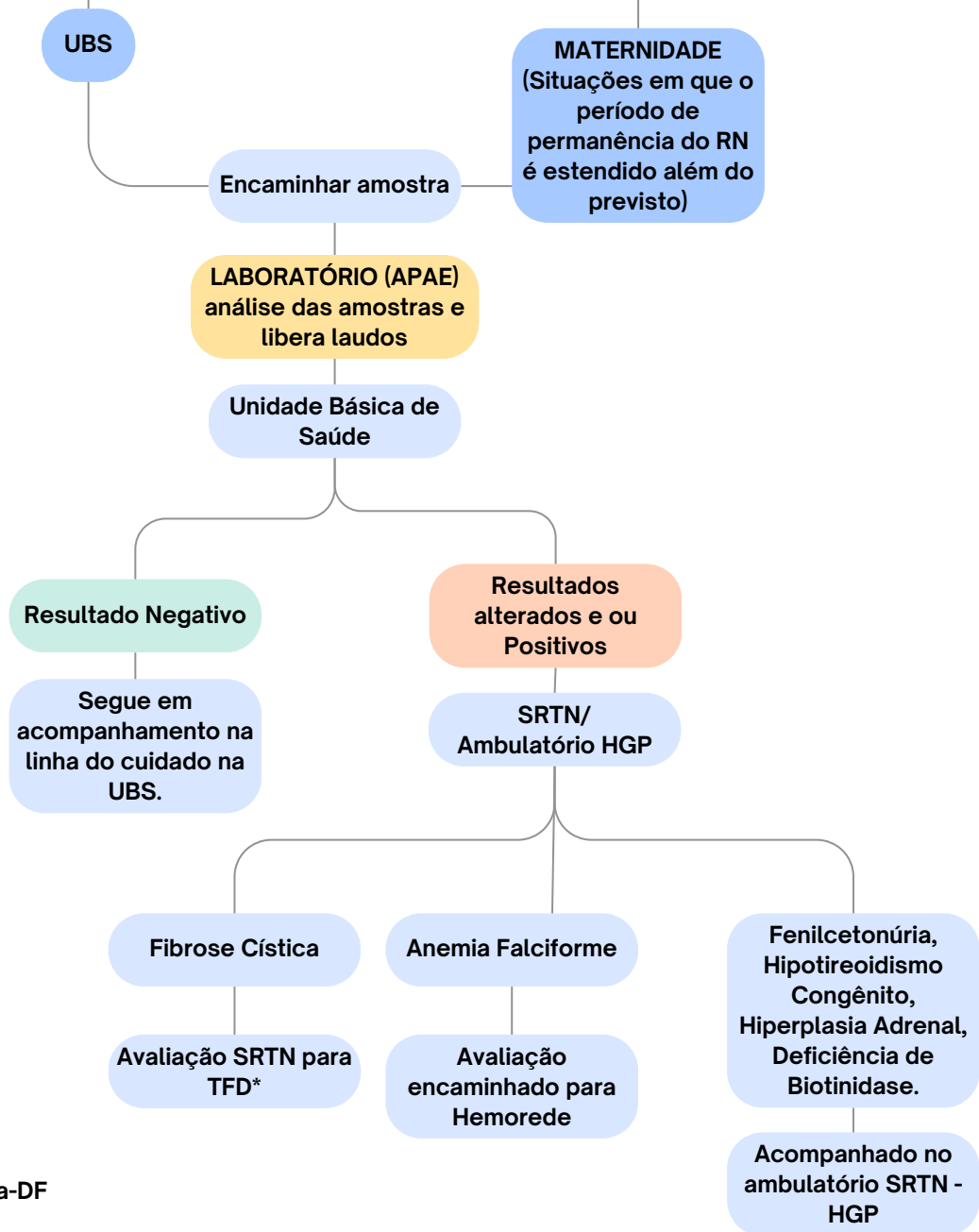
### Teste do Coraçõzinho



## FLUXOGRAMA ESTADUAL EM TRIAGEM NEONATAL

### Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida

NEONATO REALIZA COLETA DO TESTE DO PEZINHO DO 3º AO 5º DIA DE VIDA



\*Brasília-DF

A imunização na linha de cuidado materno-infantil protege mães, bebês e crianças contra doenças preveníveis, sendo estratégia essencial de prevenção de agravos e redução da mortalidade.

### Imunização da Gestante

- Avaliação do cartão vacinal na primeira consulta de pré-natal.
- Vacinas recomendadas durante a gestação:
  - dTpa (coqueluche, tétano e difteria)
  - Influenza
  - Hepatite B e outras conforme situação vacinal
- Registro da aplicação na caderneta da gestante e no e-SUS.

### Imunização no Pós-Parto

- Revisão do esquema vacinal da puérpera antes da alta hospitalar.
- Vacinação de rotina, quando indicada, incluindo tríplice viral e dT, conforme protocolos.

### Imunização do Recém-Nascido

- Na maternidade / primeiras horas de vida:
  - BCG
  - Hepatite B (primeira dose)
- Registro na caderneta da criança e sistema de imunização (SIPNI).

### Acompanhamento na APS

- Verificação do cartão vacinal em todas as consultas de puericultura e pré-natal.
- Vacinação conforme calendário do PNI, garantindo:
  - Esquema completo do primeiro ano de vida
  - Atualização de vacinas até os 2 anos de idade
- Busca ativa de faltosos e monitoramento da cobertura vacinal.

### Integração com a Linha de Cuidado

- A imunização é transversal a todas as etapas do cuidado, garantindo proteção:
  - Na gestação (proteção materno-fetal)
  - No pós-parto (proteção materna e familiar)
  - No bebê e criança até 2 anos (proteção direta e indireta)

Esse fluxo assegura proteção contínua e prevenção de agravos, fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil e a redução da mortalidade.



### Coleta de Amostras e Testes

- Realização preferencial na maternidade, ou na UBS para nascimentos domiciliares;
- Teste do Pezinho (PKU e outras doenças triadas) – entre o 3º e 5º dia de vida
- Teste do Olhinho – antes da alta hospitalar
- Teste da Orelhinha (emissões otoacústicas) – antes da alta hospitalar
- Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) – antes da alta hospitalar
- Registro dos resultados no sistema PNTN/SUS.

### Acompanhamento Pós-Triagem

- Comunicação ativa com a APS para busca de RN que não realizaram a triagem.
- Registro dos resultados na caderneta da criança e no e-SUS.
- Monitoramento de casos confirmados para tratamento e seguimento multiprofissional.

### Integração com a Linha de Cuidado Materno-Infantil

- PNTN é articulado com a puericultura e acompanhamento do RN até 2 anos.
- Encaminhamentos garantem diagnóstico precoce e prevenção de sequelas.

### Identificação do Recém-Nascido para Triagem

- RN identificado na maternidade logo após o nascimento.
- Orientação à família sobre a importância da triagem neonatal.
- Registro do RN na caderneta da criança e no sistema e-SUS.

### Encaminhamentos Frente aos Resultados

- Resultado normal → continuidade do acompanhamento na APS/puericultura.
- Resultado alterado ou inconclusivo →
- Repetição do teste (se aplicável)
- Encaminhamento imediato para AAE ou serviço de referência
- Registro e ativação do fluxo de contrarreferência para monitoramento.



### Imunização da Gestante

Aplicação de vacinas indicadas durante o pré-natal:

- dTpa (a partir da 20ª semana gestacional)
- Influenza (qualquer trimestre)
- Hepatite B (se esquema incompleto)
- Registro no e-SUS e na caderneta da gestante
- Orientação sobre importância da imunização para proteção materno-infantil



### Identificação e Acolhimento

- Gestante ou criança identificada na APS durante consultas ou busca ativa.
- Verificação da situação vacinal:
- Gestante → dTpa, Influenza e Hepatite B, conforme protocolo
- RN e criança → calendário nacional de imunização do PNI



### Imunização da Criança (0 a 2 anos)

**Cumprimento do calendário vacinal do PNI, incluindo:**

- Poliomielite
- Pentavalente
- Pneumocócica e meningocócica
- Rotavírus
- Tríplíce viral
- Acompanhamento contínuo na puericultura
- Busca ativa de faltosos pelo ACS



### Imunização do Recém-Nascido

**Ainda na maternidade ou nas primeiras 24h de vida:**

- BCG (única dose)
- Hepatite B (1ª dose)
- Registro na caderneta da criança e no e-SUS
- Agendamento do seguimento vacinal na UBS



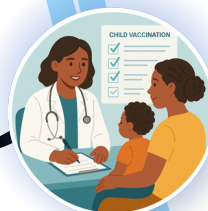
### Encaminhamentos e Registros

- Registro obrigatório de todas as vacinas na caderneta e sistema de informação (e-SUS / SIPNI)
- Encaminhamento ao serviço de referência em caso de reação adversa grave ou situações especiais de imunização



### Continuidade e Monitoramento

- Avaliação da situação vacinal em todas as consultas da mãe e da criança
- Integração com ações educativas e campanhas de vacinação
- Meta de cobertura vacinal  $\geq 95\%$  para proteção coletiva



CALENÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - CICLO DE VIDA - CRIANÇA (0 a 9 anos, 11 meses e 29 dias de idade\*)



O aleitamento materno é a principal estratégia para promover saúde, prevenir doenças e fortalecer o vínculo mãe-bebê, sendo essencial na linha de cuidado materno-infantil.

### **Início na Maternidade**

- Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.
- Orientação sobre pega correta e posição para amamentar.
- Evitar oferta de chupetas, mamadeiras ou fórmulas sem indicação clínica.

### **Promoção na Atenção Primária à Saúde (APS)**

- Orientações sobre aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais.
- Apoio à puérpera durante as consultas e visitas domiciliares.
- Identificação precoce de dificuldades e encaminhamento ao apoio especializado (banco de leite ou consultoria em amamentação).

### **Ações de Incentivo e Proteção**

- Grupos educativos de gestantes e puérperas.
- Campanhas de incentivo e ações da Semana Mundial de Aleitamento Materno.
- Articulação com Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta.

### **Unidades e pontos de coletas do Banco de Leite**

Centro de Referência para Bancos de Leite Humano do Tocantins

- Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos – Palmas – TO
- Posto de Coleta de Leite Humano na Unidade Básica de Saúde, na Quadra 403 Norte – Palmas – TO
- Banco de Leite Humano – Hospital Dom Orione – Araguaína – TO
- Banco de Leite Humano – Hospital Regional de Gurupi – Gurupi – TO
- Posto de Coleta de Leite Humano Dona Marly – Hospital Materno Infantil Tia Dedé – Porto Nacional – TO

### **Monitoramento e Manejo de Intercorrências**

- Avaliar ganho de peso do bebê e condições das mamas.
- Orientar sobre prevenção de fissuras, ingurgitamento e mastite.
- Encaminhar casos complexos para apoio especializado em aleitamento.

### **Integração com a Linha de Cuidado**

- Registro no e-SUS e caderneta da criança durante consultas e visitas domiciliares.



- Vinculação com puericultura, imunização e programas de promoção à saúde infantil.
- Acompanhamento para reforçar práticas alimentares saudáveis.

### **Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno**

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Esse fluxo fortalece o aleitamento materno como pilar da saúde infantil, promovendo vínculo afetivo, prevenção de doenças e redução da mortalidade neonatal e infantil.



SAÚDE DA CRIANÇA  
Aleitamento Materno e  
Alimentação Complementar



### Gestação – Início da Orientação

**Durante as consultas de pré-natal na APS:**

- Orientar sobre benefícios do aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais.
- Esclarecer mitos e dúvidas sobre amamentação.
- Estimular participação do parceiro e família, fortalecendo o apoio à nutriz.

### Nascimento e Primeira Hora de Vida

**Na sala de parto, garantir:**

- Contato pele a pele imediato
- Início do aleitamento materno na primeira hora de vida
- Evitar separação desnecessária do binômio mãe-bebê.



### Puerpério e

### Acompanhamento na APS

**Visita domiciliar precoce (até 7 dias):**

- Avaliar pega, sucção e produção de leite
- Identificar sinais de ingurgitamento ou fissuras mamárias
- Reforçar manutenção do aleitamento exclusivo
- Consultas de puericultura para acompanhamento do crescimento e orientação contínua.



### Internação e Alojamento Conjunto

- Apoiar a pega correta e posição adequada para amamentar
- Orientar sobre livre demanda e sinais de fome do bebê
- Evitar o uso de bicos artificiais, mamadeiras e fórmulas sem indicação clínica
- Registrar orientações na caderneta materno-infantil



### Ações Comunitárias e Educativas

- Participação em campanhas e grupos de apoio ao aleitamento
- Capacitação da equipe de saúde para abordagem contínua
- Incentivo à doação de leite humano, quando aplicável



### Situações Especiais e Encaminhamentos

- Dificuldades persistentes de amamentação → encaminhar para:
- Bancos de Leite Humano ou
- Consultórios de apoio à amamentação
- RN de risco ou com dificuldade de sucção → acompanhamento multiprofissional na APS ou AAE.



O alojamento conjunto é uma estratégia que mantém mãe e bebê juntos durante toda a internação hospitalar, favorecendo vínculo afetivo, amamentação precoce e redução de riscos neonatais.

#### **Início no Pós-Parto Imediato**

- Transferência da mãe e do recém-nascido para o mesmo quarto após o parto, quando ambos estiverem estáveis.
- Contato pele a pele contínuo e incentivo à amamentação na primeira hora de vida.
- Registro da dupla mãe-bebê na unidade hospitalar.

#### **Cuidados Prestados Durante o Alojamento Conjunto**

- Acompanhamento clínico da mãe e do bebê pela equipe multiprofissional.
- Apoio ao aleitamento materno e orientações sobre cuidados com o RN.
- Prevenção de infecções e educação sobre sinais de alerta.

#### **Ações de Promoção à Saúde**

- Orientações sobre autocuidado da puérpera e cuidados domiciliares com o bebê.
- Educação em saúde sobre vacinação e testes neonatais.
- Envolvimento do acompanhante e da família no cuidado.

#### **Alta Segura e Continuidade do Cuidado**

- Alta conjunta de mãe e bebê sempre que possível.
- Entrega do resumo de alta para a APS e atualização das cadernetas.
- Agendamento da primeira visita domiciliar ou consulta em até 7 dias.

Esse fluxo promove proximidade mãe-bebê, fortalecimento do aleitamento e redução de riscos neonatais, sendo essencial na linha de cuidado materno-infantil.





A puericultura garante acompanhamento integral da criança desde o nascimento até a adolescência, promovendo crescimento e desenvolvimento saudável, além de detecção precoce de agravos.

### **Primeira Avaliação**

- Primeira consulta ou visita domiciliar até 7 dias após a alta hospitalar.
- Revisão de dados do parto, exames neonatais e vacinação inicial.
- Orientações à família sobre sinais de alerta e cuidados com o bebê.

### **Consultas de Acompanhamento**

- Consultas periódicas na APS:
  - 1ª semana de vida; 1 mês; 2 meses; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses, 18 meses; 24 meses e a partir de 2 anos consultas anuais.
- Avaliação de crescimento e desenvolvimento:
  - Peso, estatura e perímetro cefálico
  - Marcos neuropsicomotores
- Registro contínuo na caderneta da criança e no e-SUS.

### **Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos**

- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais.
- Orientação sobre introdução alimentar saudável e prevenção de acidentes.
- Atualização vacinal em todas as consultas.

### **Detecção Precoce de Riscos**

- Rastreamento de sinais de alerta: baixo peso, atraso no desenvolvimento, sinais de maus-tratos ou vulnerabilidade social.
- Encaminhamento para AAE ou hospital de referência, quando necessário.
- Integração com equipe multiprofissional para apoio especializado.

### **Integração com a Linha de Cuidado Materno-Infantil**

- Puericultura articulada à APS, AAE e rede hospitalar, garantindo continuidade do cuidado.
- Educação em saúde e fortalecimento do vínculo familiar.
- Monitoramento, prevenindo agravos e promovendo desenvolvimento pleno.

Esse fluxo garante cuidado integral, prevenção de doenças e estímulo ao desenvolvimento saudável, fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil.



## Consultas de Seguimento

### Periodicidade recomendada:

- 1ª semana de vida; 1 mês; 2 meses; 4 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses, 18 meses; 24 meses e a partir de 2 anos consultas anuais.

### Avaliações realizadas:

- Peso, estatura, perímetro cefálico
- Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor
- Alimentação e introdução alimentar
- Vínculo afetivo e ambiente familiar

## Encaminhamentos e Intervenção Precoce

- Alterações identificadas durante as consultas →
- Encaminhamento para AAE ou especialista (pediatria, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, entre outros)
- Ativação do acompanhamento multiprofissional
- Registro da conduta e contrarreferência para continuidade do cuidado

## Continuidade do Cuidado

### Integração com outras linhas de cuidado da criança, incluindo:

- Triagem neonatal e acompanhamento de resultados
- Vacinação e vigilância de agravos
- Orientações para desenvolvimento saudável
- Manutenção do acompanhamento até 2 anos, com possibilidade de extensão conforme necessidade clínica.

## Início do Acompanhamento

### Primeira consulta de puericultura:

- RN com 7 a 10 dias de vida, preferencialmente após visita domiciliar do ACS/equipe multiprofissional.
- Registro na caderneta da criança e no e-SUS.
- Confirmação da realização dos testes neonatais e vacinas iniciais (BCG, Hepatite B).

## Ações Integradas na Puericultura

### Orientações às famílias sobre:

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementado até 2 anos ou mais
- Prevenção de acidentes domésticos
- Sinais de risco e quando procurar atendimento
- Atualização vacinal conforme calendário do PNI
- Identificação precoce de alterações de crescimento ou desenvolvimento



A atenção às infecções congênitas (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Herpes, HIV e Zika) é fundamental para prevenir complicações maternas e neonatais, garantindo diagnóstico e tratamento oportunos.

### **Identificação e Rastreamento na Gestação**

- Testagem laboratorial de rotina no pré-natal, incluindo:
  - Sífilis (VDRL ou teste rápido)
  - HIV (teste rápido ou sorologia)
  - Hepatite B
  - Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Zika (conforme protocolos)
- Repetição dos exames em gestantes de risco ou conforme idade gestacional.
- Registro dos resultados na caderneta da gestante e no e-SUS.

### **Condutas Frente a Resultados Positivos**

- Tratamento imediato da gestante, seguindo protocolos clínicos atualizados.
- Notificação compulsória para sífilis, HIV e Zika.
- Orientação ao parceiro e tratamento quando indicado.

### **Acompanhamento do Recém-Nascido**

- Avaliação clínica e laboratorial ao nascer, incluindo exames específicos para cada infecção suspeita.
- Início imediato do tratamento ou profilaxia, quando indicado.
- Registro no prontuário e caderneta da criança.

### **Encaminhamentos e Integração com a Rede**

- Gestante e RN de alto risco → encaminhamento à AAE ou hospital de referência.
- Monitoramento compartilhado entre APS, maternidade e atenção especializada.
- Contrarreferência à APS para seguimento e acompanhamento do binômio mãe-bebê.

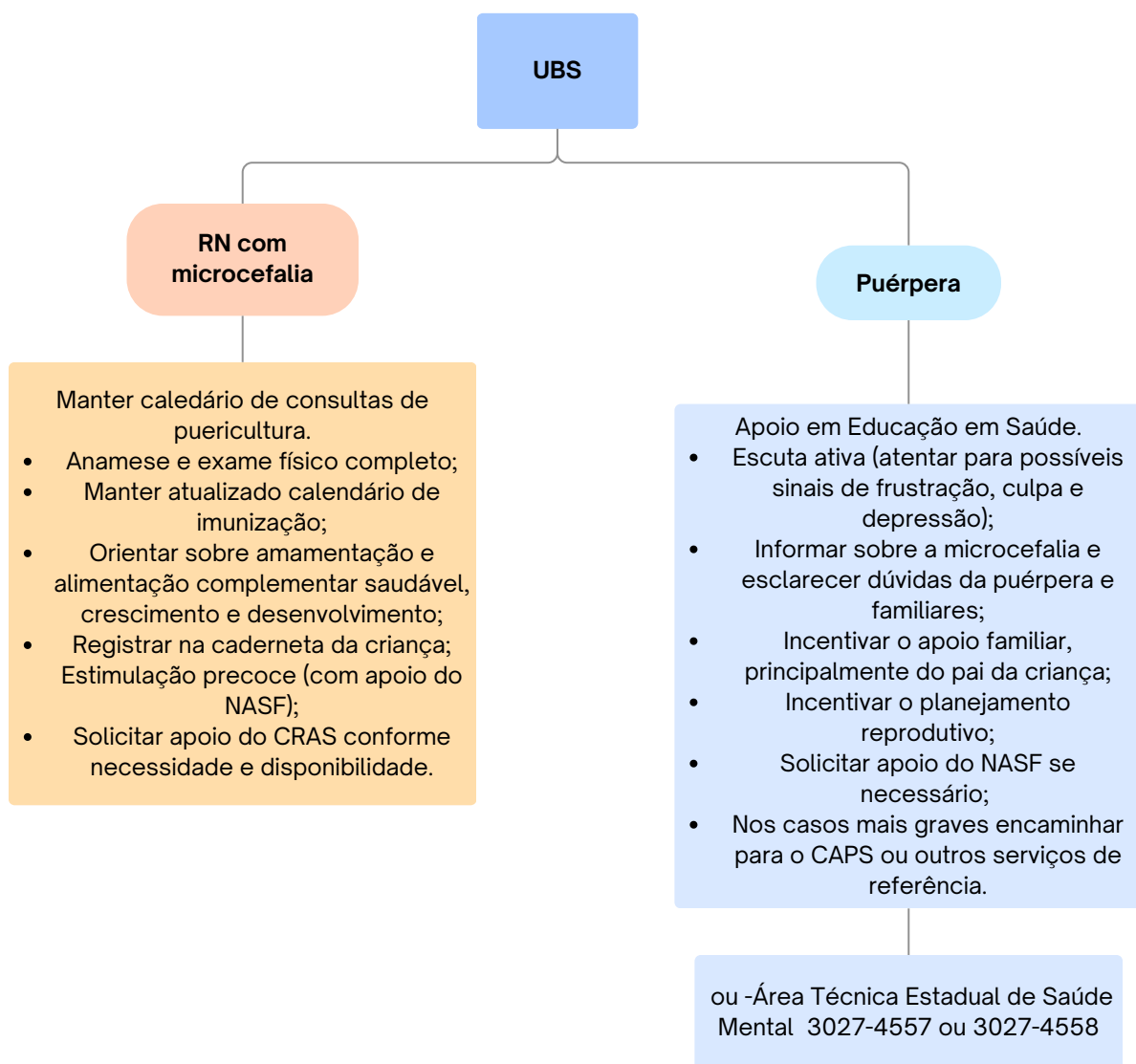
### **Continuidade do Cuidado e Prevenção**

- Seguimento do RN até exclusão ou confirmação da infecção congênita.
- Ações educativas para gestantes e famílias sobre prevenção e adesão ao tratamento.
- Vigilância epidemiológica ativa para reduzir a transmissão vertical.

Esse fluxo garante prevenção, diagnóstico precoce e manejo eficaz das infecções congênitas, reduzindo morbimortalidade materna e neonatal e fortalecendo a linha de cuidado materno-infantil.



### FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DO RN COM MICROCEFALIA E DA PUÉRPERA



NOTA: É de responsabilidade do (a) coordenador (a) da Atenção Básica o acompanhamento das crianças e envio de relatório para área técnica estadual de saúde da criança da SES-TO.

### Triagem e Identificação na Gestação

#### Consultas de pré-natal na APS:

- Solicitação de sorologias conforme protocolo:
- HIV, Sífilis, Hepatites B e C
- Rubéola, Toxoplasmose
- Avaliação de risco para Zika (área endêmica) e orientação sobre prevenção.
- Resultado reagente ou suspeito → iniciar conduta imediata ou encaminhar para AAE.

### Nascimento e Avaliação do RN

#### Sala de parto:

- Avaliação clínica inicial e coleta de exames do RN, quando indicado
- Início de tratamento específico, se necessário
- Notificação e registro do RN exposto ou infectado

### Contrarreferência e Continuidade do Cuidado

- RN com infecção confirmada → acompanhamento multiprofissional prolongado
- RN sem sinais de infecção → acompanhamento na puericultura, com registro de evolução clínica

### Legenda STORCH+Z:

- Sífilis
- Toxoplasmose
- Outras (HIV, hepatites, parvovírus)
- Rubéola
- Citomegalovírus
- Herpes simples
- Zika vírus

### Condutas Frente a Diagnóstico na Gestação

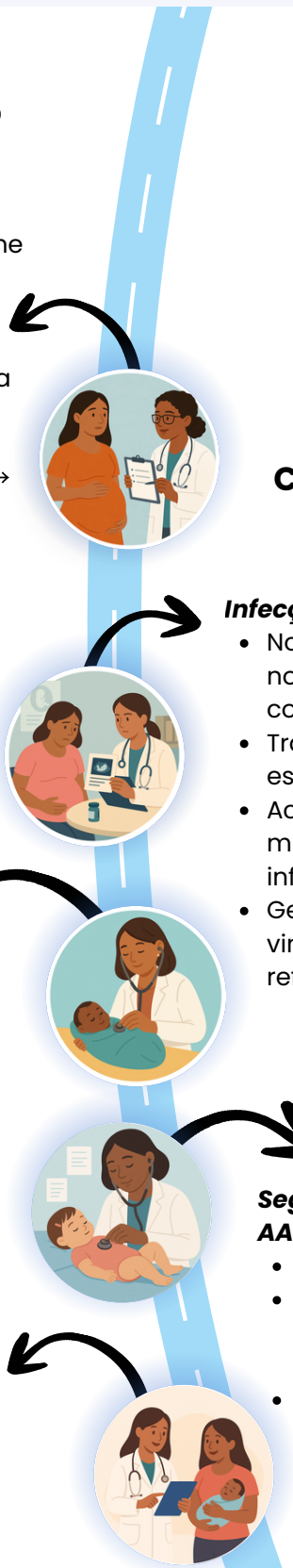
#### Infecção confirmada ou suspeita:

- Notificação imediata e registro no e-SUS/notificação compulsória
- Tratamento conforme protocolo específico
- Acompanhamento multiprofissional: obstetra, infectologista e enfermagem
- Gestante de alto risco → vinculação a hospital de referência para parto.

### Acompanhamento do RN Exposto ou Infectado

#### Seguimento conjunto entre APS e AAE:

- Exames confirmatórios
- Avaliação do desenvolvimento neurológico, auditivo e oftalmológico
- Encaminhamento a especialistas em casos de infecção confirmada ou complicações



A proteção contra o VSR é essencial para prevenir bronquiolite e complicações respiratórias graves em bebês, especialmente em crianças menores de 6 meses e grupos de risco, integrando-se à linha de cuidado materno-infantil.

### **Identificação do Público-Alvo**

- Gestantes entre 27 e 36 semanas → elegíveis para vacinação materna (quando disponível).
- Recém-nascidos e lactentes de risco, incluindo:
  - Prematuros
  - Cardiopatas e pneumopatas crônicos
  - Imunodeprimidos

### **Estratégias de Proteção**

- Vacinação materna durante o pré-natal, garantindo imunidade passiva ao bebê.
- Imunização do RN e lactentes de risco com anticorpos monoclonais, conforme protocolos do PNI.
- Orientações sobre prevenção domiciliar:
  - Higienização de mãos
  - Evitar aglomerações e exposição à fumaça

### **Uso do Palivizumabe para Profilaxia Passiva**

O palivizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado, administrado por via intramuscular na dose de 15 mg/kg, uma vez por mês, durante o período de sazonalidade do VSR (até 5 doses). É indicado para crianças prematuras com até 28 semanas e 6 dias de gestação com menos de 1 ano de idade, para crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e para aquelas com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica. A administração deve respeitar a técnica correta, preferencialmente na face anterolateral da coxa, com cuidado para não ultrapassar 1 mL por aplicação.

O palivizumabe reduz em até 55% as hospitalizações por VSR e também diminui o tempo de internação e uso de oxigênio em crianças que já foram hospitalizadas. É importante que o medicamento seja armazenado entre 2°C e 8°C, e que a equipe de saúde esteja preparada para manejar possíveis reações adversas, como reações alérgicas e anafilaxia.



O médico é responsável pela indicação e prescrição, e a continuidade do tratamento deve ser orientada na alta hospitalar para garantir a profilaxia completa.

Palivizumabe para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Protocolo de Uso)



### **Acompanhamento na APS e Hospital**

- Registro das doses no e-SUS e caderneta da criança.
- Monitoramento de sintomas respiratórios em consultas de puericultura.
- Encaminhamento imediato para unidade hospitalar em casos de sinais de gravidade:
  - Dificuldade respiratória
  - Cianose
  - Febre persistente

### **Continuidade do Cuidado e Vigilância**

- Acompanhamento até o final da sazonalidade do VSR.
  - Busca ativa de bebês que não receberam a dose preventiva.
  - Articulação com vigilância epidemiológica para monitoramento de surtos.
- Esse fluxo fortalece a prevenção de infecções respiratórias graves, reduz internações e mortalidade infantil, e integra-se à linha de cuidado materno-infantil.



### Imunização da Gestante

- Vacinação preferencial entre 27 e 36 semanas de gestação.
- Registro na caderneta da gestante e no e-SUS.
- Benefício principal: transferência de anticorpos via placenta, garantindo proteção ao RN nos primeiros meses de vida.



### Identificação do Público-Alvo

#### Gestantes:

- Identificação durante consultas de pré-natal na APS.
- Indicação da vacina contra VSR, conforme calendário do PNI ou recomendação vigente.

#### Recém-nascidos e crianças menores de 2 anos em grupos de risco:

- RN prematuros
- Portadores de cardiopatias congênicas ou doenças pulmonares crônicas
- Crianças imunocomprometidas



### Acompanhamento e Monitoramento

#### Orientações às famílias sobre prevenção de infecções respiratórias:

- Higienização de mãos
- Evitar exposição a ambientes fechados ou com aglomeração
- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses como fator protetor
- Monitoramento de reações adversas à imunização
- Busca ativa de faltosos pelo ACS, garantindo cobertura completa



### Proteção Imunológica do RN e Criança de Risco

#### Aplicação de imunobiológico específico (anticorpo monoclonal ou vacina conforme disponibilidade) em:

- RN de risco ao nascer ou durante a sazonalidade do VSR
- Crianças menores de 2 anos com comorbidades elegíveis
- Registro na caderneta da criança e no SIPNI



### Integração com a Linha de Cuidado Materno-Infantil

#### Proteção contra o VSR é integrada às ações de:

- Pré-natal (imunização materna)
- Atenção ao RN (imunização de risco)
- Puericultura (monitoramento contínuo até 2 anos)
- Encaminhamento imediato para AAE ou hospital em caso de sintomas respiratórios graves



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com Palivizumabe.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 04 jun. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html). Acesso em: 15 jul. 2025.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica: organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Hospital Israelita Albert Einstein, 2021.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc>. Acesso em 21/05/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com Palivizumabe. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/p/palivizumabe-para-a-prevencao-da-infeccao-pelo-virus-sincicial-respiratorio-protocolo-de-uso/view>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Microcefalia. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/microcefalia>. Acesso em: 23 jul. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 15 jul. 2025.

TOCANTINS. Lei nº 3.113, de 2 de junho de 2016. Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Tocantins e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Tocantins, n. 4.633, 02 jun. 2016. Disponível em: [https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei\\_3113-2016\\_39596.PDF](https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3113-2016_39596.PDF). Acesso em: 15 jul. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 09 Jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 15 Mar. 2025.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. de L.; SILVA, A. A. M. da; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. de A.; CARVALHO, M. L. de et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192–S207, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 10 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual de orientação para o curso de prevenção e manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS, 2018. ISBN 978-85-7967-125-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta SEI/MS nº 0045292768: Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 15 jan. 2024.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Escala de APGAR. Caderno de Atenção Básica, n. 32, 2013. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/19Xs0\\_vVcfBxFYyh8D5YH2JuwBDN3VZ2b/view](https://drive.google.com/file/d/19Xs0_vVcfBxFYyh8D5YH2JuwBDN3VZ2b/view). Acesso em: 01 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 06 out. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html). Acesso em: 01 Jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html). Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 12 out. 2023.

RASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. Nota técnica nº 13/2022-SAPS/MS. Disponível em: [https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2022/02/SEI\\_MS-0027964234-Nota-Tecnica-13.pdf](https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2022/02/SEI_MS-0027964234-Nota-Tecnica-13.pdf) . Acesso em: 12 mar. 2024.



BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. Nota Técnica nº: 10/2021 – SAIS. Disponível em: [https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota\\_Tecnica\\_10\\_REGULA\\_CONSULTA\\_OBSTETRICIA\\_Doc\\_SEI\\_84429053\\_.pdf/8f2d9f64-f136-f9b1-c406-76f34dbf735d?t=1673014867937#:~:text=A%20presente%20Nota%20T%C3%A9cnica%20Nos%20principais%20elementos%20que%20ser%C3%A3o](https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota_Tecnica_10_REGULA_CONSULTA_OBSTETRICIA_Doc_SEI_84429053_.pdf/8f2d9f64-f136-f9b1-c406-76f34dbf735d?t=1673014867937#:~:text=A%20presente%20Nota%20T%C3%A9cnica%20Nos%20principais%20elementos%20que%20ser%C3%A3o). Acesso em: 15 Jul. 2023.

DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade. Taxa de mortalidade materna: período jan a dez/23. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Atualizado em: 25 mar. 2024. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia\\_2017.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf). Acesso em: 01 ago. 2023.

MONTENEGRO, Carlos; REZENDE FILHO, Jorge. Rezende Obstetrícia Fundamental. Ed. 14º. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica: organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Hospital Israelita Albert Einstein, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção integral à saúde da criança na Rede de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_integral\\_saude\\_criancas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_integral_saude_criancas.pdf). Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado com a Saúde na Alta Hospitalar e Atenção Básica. Brasília, 2013.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. Dez passos para o sucesso no aleitamento materno. HU-FURG: Banco de Leite Humano. Brasília, 07 dez. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/saude/areas-de-apoio-e-de-diagnostico/banco-de-leite-humano/dez-passos-para-o-sucesso-no-aleitamento-materno>. Acesso em: 15 set. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. Aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jun. 2001. Seção 1, p. 14-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório Anual de Ações do Departamento de Promoção da Saúde 2020 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 52 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_acoes\\_promocao\\_sau\\_de.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_acoes_promocao_sau_de.pdf). Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 264 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 23 jul. 2025.

MORAES, C. et al. Infecção congênita – diagnóstico e tratamento materno-fetal. Research, Society and Development, v. 9, n. 8, e137984965, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4965>. Acesso em: 23 jul. 2025.

COFRÉ, F. et al. Síndrome de TORCH: Enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal: Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología, 2016. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago, v. 82, n. 2, p. 171-211, 2017.

FRENKEL, L.; GOMEZ, F.; SABAHI, F. The pathogenesis of microcephaly resulting from congenital infections: why is my baby's head so small? European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, v. 37, n. 2, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Microcefalia. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/microcefalia>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com Palivizumabe. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/p/palivizumabe-para-a-prevencao-da-infeccao-pelo-virus-sincicial-respiratorio-protocolo-de-uso/view>. Acesso em: 23 jul. 2025.



MOTTA, Davi da Silva. Proposta de fluxo de atendimento para a população transexual e não-binária no ambulatório de pré-natal. 2024. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 29 fev. 2024. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62942>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SANTOS, Isis. et al. Cuidados imediatos ao recém-nascido: visão do técnico de enfermagem, Rev. eletrônica FAINOR, Bahia, v. 12, n. 2, p. 404 - 420, Jan. 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/333886224\\_CUIDADOS\\_IMEDIATOS\\_AO\\_RECÉM-NASCIDO\\_VISAO\\_DO\\_TECNICO\\_DE\\_ENFERMAGEM](https://www.researchgate.net/publication/333886224_CUIDADOS_IMEDIATOS_AO_RECÉM-NASCIDO_VISAO_DO_TECNICO_DE_ENFERMAGEM). Acesso em 10 Jul. 2024.

MSD MANUAL. Toxoplasmose. Versão para profissionais de saúde. [S.l.]: MSD Manual, revista e revisada até dez. 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/doen%C3%A7as-infecciosas/protozo%C3%A1rios-extraintestinais/toxoplasmose>. Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf). Acesso em: 12 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 01 ago. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF/Fiocruz). Sífilis: teste rápido e tratamento na gestação. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 31 out. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/31-10-2019-sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao-3/saude.pr.gov.br+2portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br+2saude.pr.gov.br+2saude.pr.gov.br+10portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br+10portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br+10>. Acesso em: 01 ago. 2024.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. ABENFO. FEBRASGO. 10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna. Rio de Janeiro, mai. 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/10-passos-do-cuidado-obstetrico-para-reducao-da-morbimortalidade-materna>>.



BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm) . Acesso em: 01 ago. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF/Fiocruz). Sífilis: teste rápido e tratamento na gestação. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 31 out. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/31-10-2019-sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao-3/saude.pr.gov.br+2portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br+2saude.pr.gov.br+2saude.pr.gov.br+10portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br+10portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br+10>. Acesso em: 01 ago. 2024.

MARQUES, Luana Franco; MÜLLER, Alessandra Bombarda; VALENTINI, Nadia Cristina. Infecções congênitas STORCH e o desenvolvimento infantil: uma revisão narrativa da literatura. RevistaFT, São Paulo, v. 27, n. 124, p. 22-39, jul. 2023. DOI: 10.5281/zenodo.8118439. Disponível em: <https://revistaft.com.br/infecoes-congenitas-storch-e-o-desenvolvimento-infantil-uma-revisao-narrativa-da-literatura/#:~:text=O%20acr%C3%B4nimo%20STORCH%20classicamente%20se,et%20al.%2C%202020>). Acesso em: 1 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Microcefalia. Saúde de A a Z, 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/microcefalia#:~:text=A%20microcefalia%20%C3%A9%20uma%20anomalia,para%20idade%20gestacional%20e%20sexo.> Acesso em: 1 ago. 2023.

CODATO, L. A. B. et al. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-1080, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, v. 17, 2006.

SCAVUZZI, [Prenomes ou iniciais se disponíveis] et al. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. Revista Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, v. 18, p. 46-52, 1999. In: POLETTI, V. C. et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. Stomatos, v. 14, n. 26, p. 64-75, jan./jun. 2008.



SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 6. ed. Porto Alegre, 1992. In: RITZEL, I. F. et al. Primeiro atendimento odontológico na gestação. Revista de Divulgação Científica da ULBRA – Torres, v. 1, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado neonatal: Teste do pezinho. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/cuidado-neonatal#:~:text=Teste%20do%20Pezinho:%20A%20coleta%20do%20teste,o%205%C2%BA%20dia%20de%20vida%20do%20rec%C3%A9m%2Dnascido.&text=O%20exame%20C3%A9%20realizado%20nas%20maternidades%20p%C3%BAblicas%20at%C3%A9%20a%20alta%20do%20rec%C3%A9m%2Dnascido>. Acesso em: 1 abr.. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf). Acesso em: 1 Jun. 2024

.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno n. 8)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 73 p. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal.pdf). Acesso em: 24 jun. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs. Nota Técnica nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento da sífilis em gestantes. Brasília, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei\\_ms\\_-\\_0034352557\\_-\\_nota\\_tecnica\\_penicilina.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf). Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2025 – Ciclo de Vida: Gestante (pré-natal, da concepção ao nascimento). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-gestante/view> Acesso em: 30 de jul. 2025.

FIOCRUZ. Doença hemolítica perinatal: protocolo de manejo clínico na atenção pré-natal. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz, 2019. Disponível em: Fonte: Adaptado de BRASIL (2022) e FIOCRUZ (2019).. Acesso em: 1 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 540 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 32). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2022/manual-gestacao-alto-risco.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 4 v. il. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf). Acesso em: 1 ago. 2025.





SECRETARIA DA  
**SAÚDE** **TOCANTINS**  
GOVERNO DO ESTADO

