

Linha de Cuidado Materno Infantil de Santa Catarina





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Linha de Cuidado Materno Infantil de Santa Catarina

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

SUPERINTENDÊNCIA ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS)

© 2025 todos os direitos de reprodução são reservados à Secretaria de Estado da Saúde. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Secretaria de Estado da Saúde - Anexo 1, Rua Esteves Júnior, 390, Centro – Florianópolis – SC

Santa Catarina

Dezembro, 2025

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Governador
Jorginho Mello

Secretário de Estado da Saúde
Diogo Demarchi Silva

Secretária Adjunta de Estado da Saúde
Cristina Pires Pauluci

Superintendente de Atenção à Saúde
Willian Westphal

Diretora de Atenção Primária à Saúde
Ângela Maria Blatt Ortiga

Gerente de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde - GAPPS
Maria Catarina da Rosa

Organização

Gabriel Calixto Pulhiez

Elaboração

Aline Piaceski Arceno
Analu Sparrenberger Manea
Bárbara Litiane da Silva Vargas
Brenda Kemily de Oliveira Costa
Flávia Castro Andrade
Francielly Marcia de Andrade Cardoso
Fernando Henrique Machado Blau
Gabriel Calixto Pulhiez
Halei Cruz
Julia Souza da Silva
Juliana Vieira Gomes Osellame
Luciane Figueiredo Mendes
Márcia de Oliveira

Revisão textual

Gabriel Calixto Pulhiez

Edição gráfica

Julia Hohmann

Colaboração técnica

Bianca Magnago Paiva
Brenda Karolayne Machado da Silva
Eduardo Silveira Medeiros
Gabriel Poletti
Guilherme Vicente Fay Neves
Henrique Fernandes Labanca
Jociane Prates Pereira
Karen Berenice Denez
Leandro Medeiros
Patrícia de Barros
Valdete da Silva Sant'Anna

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	08
2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL	10
2.1 Atenção Primária à Saúde	11
2.1.2 Práticas Integrativas e Complementares - PICS	14
2.1.3 Capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde	14
2.2 Atenção Secundária à Saúde	15
2.2.1 Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR)	17
2.2.2 Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança Egressas de Unidade Neonatal (A-SEG)	18
2.2.3 Casa de Gestantes, Bebê e Puérpera	18
2.2.4 Bancos de Leite Humano	20
2.2.5 Capacidade instalada da Aten�o Secundária	20
2.3 Aten�o Terciária � Saúde	22
2.3.1 Centros de Parto Normal	22
2.3.2 Maternidades e/ou Hospitais Gerais com Leitos Obstétricos, Cirúrgicos e Clínicos	23
2.3.3 Serviços Hospitalares de Referência � Gesta�o e Puerpério de Alto Risco	24
2.3.4 Unidades Neonatais	25
2.3.4.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	25
2.3.4.2 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	25
2.3.4.3 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	26
2.3.5 Capacidade Instalada da Aten�o Terciária	27
2.4 Sistema Logístico	29
2.5 Teleconsultoria	31
3. ATEN�O PRÉ-CONCEPCIONAL, GESTACIONAL E PUERPERAL	33
3.1 Planejamento familiar e o atendimento pré-concepcional	33
3.2 Atendimento Pré-natal	35
3.2.1 Identifica�o precoce da gravidez	35
3.2.2 Estratifica�o de Risco Gestacional	39
3.2.3 Pré-natal de Risco Habitual	42
3.2.4 Pré-natal de Risco Intermediário	54
3.2.5 Pré-natal de Alto Risco	54
3.2.6 Pré-Natal Odontológico	57
3.3 Aten�o ao Puerpério	59
4. ATEN�O AO RECÉM NASCIDO E AS CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS	62
4.1 Cuidado neonatal intra hospitalar	63
4.2 Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido Saudável	64
4.3 Boas práticas de cuidado ao recém-nascido com boa vitalidade	64

Sumário

4.3.1 Estratégias de incentivo ao aleitamento materno	65
4.4 Cuidado neonatal na APS	66
4.4.1 Primeira Consulta de Puericultura na APS	66
4.4.2 Consultas Subsequentes	69
4.5 Atenção à Saúde Bucal do recém-nascido e da criança de 0 a 2 anos	70
5. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL MATERNA, PERINATAL E DA PRIMEIRA INFÂNCIA	73
5.1 Gestantes em Situação de Vulnerabilidade Psíquica e Intelectual	73
5.2 Gestantes com Transtornos Mentais Graves e Persistentes	74
5.3 Condições Específicas do Período Perinatal	74
5.3.1 Baby Blues	74
5.3.2 Depressão Pós-Parto	74
5.3.3 Psicose Puerperal	74
5.3.4 Luto Perinatal	75
5.3.5 Saúde Mental do Bebê	75
6. COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DOS ÓBITOS MATERNO, INFANTIL E FETAL	76
6.1 Breve Histórico	76
6.2 Near Miss Materno	80
6.3 Mortalidade Materna	81
6.4 Mortalidade Infantil	82
6.5 Mortalidade Fetal	83
7. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	83
7.1 Indicadores de Resultado para a Sociedade	83
7.2 Indicadores de Processo	84
7.3 Indicadores de Gestão	86
8. EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	86
8.1 Conceitos Fundamentais	86
8.2 Ações Recomendadas	88
9. FINANCIAMENTO	88
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	101

Lista de Siglas

A-SEG - Ambulatório de Seguimento do Recém Nascido e da Criança
ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
AFU - Altura de Fundo Uterino
AGPAR - Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco
AMIU - Método de Aspiração Manual Intra-Uterina
APS - Atenção Primária à Saúde
BLH - Banco de Leite Humano
BCF - Batimento Cardíaco Fetal
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEPOMIF - Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal
CGBP - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CPN - Centro de Parto Normal
CPNi - Centro de Parto Normal Intra-hospitalar
CPNp - Centro de Parto Normal Peri-hospitalar
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
DUM - Data da Última Menstruação
eAP - equipe de Atenção Primária
eAPP - equipe de Atenção Primária Prisional
eCR - equipe de Consultório na Rua
eSB - equipe de Saúde Bucal
eSF - equipe de Saúde da Família
eSFF - equipes de Saúde da Família Fluviais
eSFR - equipes de Saúde da Família Ribeirinha
EPNP - Estratégia Pré-Natal do Parceiro
HGPAR - Serviços hospitalares de referência à gestação e puerpério de alto risco
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV - Vírus Linfotrópico Humano
IG - Idade Gestacional
LGBTQIA+ - lésbicas, gays, bi, trans, queer/questionando, intersexo, assexuais/arromânticas/agênero, pan/poli, não-binárias e mais.
MS - Ministério da Saúde
NV - Nascido Vivo

OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão Arterial
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM - Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIC - Práticas Integrativas e Complementares
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RN - Recém-nascido
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SC - Santa Catarina
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS - Sistema Único de Saúde
TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCIN - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

Lista de Figuras

- Figura 1** - Rede de Atenção à Saúde de Linha de Cuidado Materno e Infantil.
- Figura 2** - Fluxo de atendimento sugerido para o Ambulatório de Gestação de Alto Risco.
- Figura 3** - Vinculação e planejamento sexual e reprodutivo.
- Figura 4** - Recomendação vacinal para gestantes.
- Figura 5** - Etapas do atendimento pré-natal do parceiro(a).
- Figura 6** - Checklist para avaliação puerperal.
- Figura 7** - Boas práticas de cuidado imediato ao recém-nascido com boa vitalidade.
- Figura 8** - Passos para o sucesso do aleitamento materno.

Lista de Quadros

- Quadro 1** - Componentes da Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil em Santa Catarina.
- Quadro 2** - Centrais de regulação e interface com sistema logístico.
- Quadro 3** - Serviços Especializados para Interrupção Legal da Gestação.
- Quadro 4** - Estratificação de risco e foco do cuidado.
- Quadro 5** - Sinais e sintomas típicos da gravidez, fisiopatologia e orientações às gestantes.
- Quadro 6** - Situações clínicas de urgência e emergência obstétrica.
- Quadro 7** - Rotina de exame físico do pré-natal para a APS.
- Quadro 8** - Exames laboratoriais do Pré-Natal em cada trimestre.
- Quadro 9** - Recomendações de suplementação ou profilaxia medicamentosa na gestação.
- Quadro 10** - Parâmetros sugeridos de exames complementares para a gestante de alto risco na atenção especializada.
- Quadro 11** - Parâmetros de assistência multiprofissional às gestante de alto risco na atenção especializada.
- Quadro 12** - Atenção em saúde mental materno-infantil nos diferentes níveis de atenção.
- Quadro 13** - Critérios diagnósticos do *Near Miss* materno.
- Quadro 14** - Condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV).
- Quadro 15** - Indicadores para Avaliação da Mortalidade Materna Grave.
- Quadro 16** - Portarias que regulamentam o financiamento da Rede Materno Infantil.

Lista de Fluxogramas

- Fluxograma 1** - Fluxograma de acolhimento às mulheres com suspeita de gravidez na APS.
- Fluxograma 2** - Fluxograma de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.
- Fluxograma 3** - Seguimento de rotina Pré-natal de acordo com estratificação de risco gestacional.
- Fluxograma 4** - Rotina de atendimento ao recém-nascido na APS.
- Fluxograma 5** - Fluxograma para Linha de Investigação do *Near Miss* Materno.

Anexos

- Anexo A** - Práticas Integrativas e complementares indicadas para o período gestacional, puerperal e de puericultura.
- Anexo B** - Checklist de Estratificação de Risco Gestacional proposto pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.
- Anexo C** - Modelo de Plano de Parto.

1. APRESENTAÇÃO

A Linha de Cuidado Materno-Infantil de Santa Catarina tem como objetivo apresentar os componentes da Rede Materno Infantil estadual e orientar gestores e profissionais da saúde sobre os possíveis percursos assistenciais para gestantes, puérperas, bebês e crianças até os 2 anos de idade na rede pública de saúde. Além disso, apresenta recomendações assistenciais mínimas esperadas para cada fase do ciclo gravídico-puerperal, em seus diferentes níveis de atenção, de modo a padronizar uma assistência de qualidade para esta população em todo o estado.

Nos últimos anos as políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil têm sido prioritárias tanto em âmbito nacional quanto estadual. O foco das ações visam à redução da morbimortalidade materna, fetal, neonatal e infantil. Estas ações englobam: planejamento familiar e reprodutivo, promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência de rotina pré-natal e ao parto, assistência aos agravos relacionados à gestação, parto e pós-parto, assim como o seguimento de puericultura.

Neste sentido, recentemente, o Ministério da Saúde (MS) propôs mudanças na estruturação e organização da Rede Materno Infantil para todo o Brasil. A Rede de Atenção Materno Infantil foi instituída à priori por meio da Rede Cegonha em 2011 (Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011), a qual passou por reestruturações e aprimoramentos em sua estrutura organizacional ao longo do tempo, e atualmente está sendo mais uma vez reformulada como Rede Alyne, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 (Brasil, 2024a).

A Rede Alyne tem como proposição central promover assistência integral, humanizada e de qualidade para todas as gestantes, parturientes, puérperas e crianças. A Portaria que a institui reforça também a necessidade de atenção especial aos grupos populacionais com mais vulnerabilidades, principalmente mulheres pardas, pretas e indígenas, grupos estes que tendem a ter uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) maior quando comparado aos demais grupos étnicos tanto a nível estadual quanto nacional (CIEGES, 2025; SIM, 2025).

Seguindo as recomendações do MS, Santa Catarina construiu ao longo do ano de 2025 o Plano de Ação da Rede Materno-Infantil - Rede Alyne. A elaboração deste Plano serviu como ponto de partida 1) para diagnóstico situacional da rede materno-infantil no Estado; 2) para identificar as vulnerabilidades regionais e macrorregionais da rede; 3) para identificar as regiões com maiores índices de mortalidade materno-infantil; 4) para repactuar referências regionais de acesso aos serviços da atenção secundária e terciária; e 5) para definir readequação, ampliação ou criação de pontos assistenciais alinhados às mais recentes recomendações.

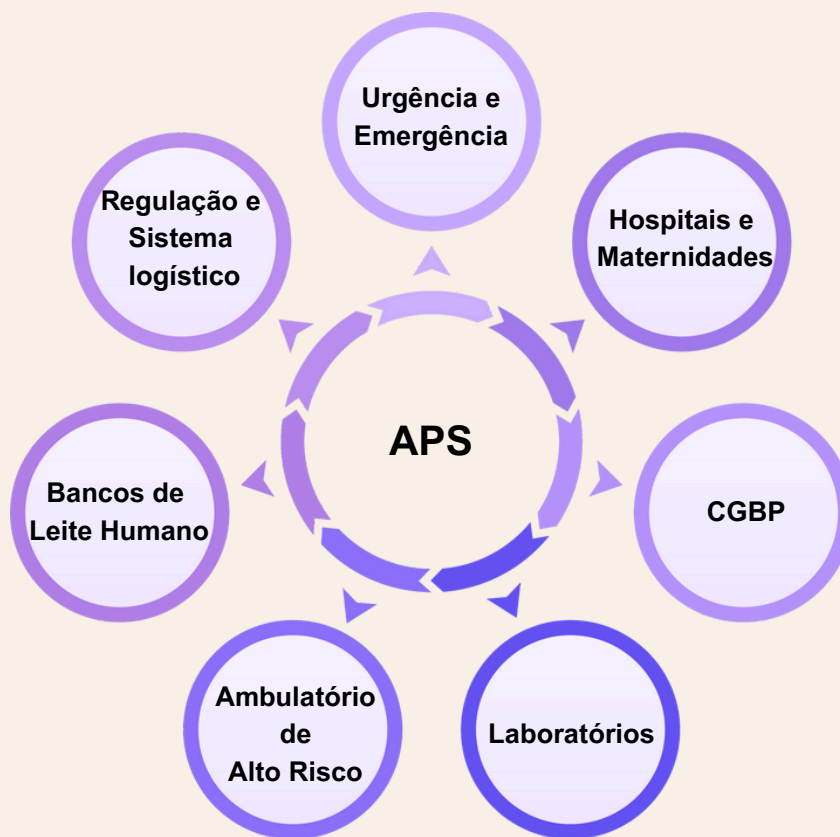
O Plano de Ação da Rede Alyne de Santa Catarina (disponível na seção “Manuais e Publicações” no site da SES), apresenta dados epidemiológicos referente aos grupos populacionais de interesse para esta linha de cuidado (mulheres em idade fértil e crianças de 0 a 2 anos de idade), com análises relacionadas aos diferentes grupos étnicos-raciais e às macrorregiões e regiões de saúde do Estado. As principais frentes do Plano de Ação da Rede Alyne em Santa Catarina incluem a qualificação do pré-natal, a garantia de um parto seguro e humanizado, adequações do sistema logístico para transporte de gestantes e recém-nascidos, garantia de seguimento especializado para gestantes, puérperas e recém nascidos de maior risco e o cuidado contínuo e programado à saúde da criança até os 24 meses de idade.

A elaboração e publicação da Linha de Cuidado Materno Infantil de Santa Catarina, aprovada na Deliberação 286/CIB/18, reflete o compromisso da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina no cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde para a Rede Materno Infantil - Rede Alyne - de modo a qualificar a atenção à saúde de gestantes, puérperas, recém nascidos e crianças até 2 anos de idade. Para a sua implementação é imprescindível que os gestores e profissionais de saúde se apropriem e apliquem as recomendações aqui descritas em seus respectivos municípios e serviços. Por fim, a Secretaria de Estado da Saúde espera que esta Linha de Cuidado contribua para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantis e para a prevenção de mortes maternas, fetais, neonatais e infantis evitáveis, reforçando o nosso compromisso com a saúde das mulheres, crianças e famílias catarinenses.

2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) compostos por ações e serviços dos diferentes níveis assistenciais, com aportes tecnológicos específicos, os quais se articulam para promover cuidado integral e direcionado à resolução dos problemas de saúde da população (Brasil, 2012). São objetivos das Redes de Atenção: **1)** fortalecer a integralidade do cuidado em saúde; **2)** contribuir para a continuidade do cuidado e efetividade na resolução dos problemas de saúde; **3)** melhorar a eficiência dos diferentes níveis de atenção. Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se faz central para o funcionamento das RAS ao atuar como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado, sendo a responsável principal em gerar referências e receber contra referências dos outros pontos da rede. (Brasil, 2021).

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde de Linha de Cuidado Materno e Infantil.



Fonte: elaboração própria.

A RAS Materno Infantil estabelece a interconexão e a interdependência dos diferentes níveis de atenção para um cuidado pré natal, puerperal e de puericultura integral, equânime, contínuo e custo-efetivo. A Rede Materno Infantil de Santa Catarina articula diferentes níveis de atenção, desde a atenção primária até a especializada e hospitalar, promovendo ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde. O **Quadro 1** mostra a composição da Rede Materno Infantil estadual, os três níveis de atenção e os serviços que estão contidos em cada um deles, assim como a cobertura territorial dos mesmos.

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil em Santa Catarina.

Nível de Atenção	Pontos de Atenção à Saúde			Território Sanitário
Atenção Primária à Saúde	Unidade Básica de Saúde			Território
				Área
	Domicílio			População adscrita
				Microárea
Atenção Secundária à Saúde	Ambulatório Especializado de Obstetrícia	Casa da Gestante Puérpera e Bebê (CGPB)	-	Região de Saúde
	Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco* (AGPAR)	Ambulatório de Seguimento do Recém Nascido e da Criança(A-SEG)	Banco de Leite Humano (BLH)	Macrorregião de Saúde ou Região de Saúde
Atenção Terciária à Saúde	Maternidade ou Hospital Geral com Leitos Obstétricos para Gestação de Risco Habitual	Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi)	Unidade de Internação Pediátrica	Macrorregião de Saúde ou Região de Saúde
	Maternidade ou Hospital Geral com Leitos para Gestação de Alto Risco	Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp)	Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e Pediátrica	

Fonte: SES-DAPS, 2024

2.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial do SUS e, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), desempenha a importante função de coordenação do cuidado dos indivíduos adscritos a seu território. No que tange a esta Linha de cuidado, a APS é o local onde gestantes e puérperas serão atendidas durante toda a gestação e para onde deverão retornar após os atendimentos nos demais níveis de atenção. Dessa forma, a APS é estratégica para o ordenamento das Redes de Atenção no SUS e para a efetiva integralidade do cuidado. (Brasil, 2012)

A população atendida na Atenção Primária pode ser heterogênea e diversa em seus aspectos demográficos, culturais e socioeconômicos, por isso as equipes precisam estar preparadas para atender às demandas de populações com características específicas. Dentre estes grupos populacionais estão as pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e populações ribeirinhas, para as quais existem a possibilidade de ter equipes específicas, como as equipes de Consultório na Rua (eCR), equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) ou equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR). Além destas, outras minorias como indígenas, quilombolas, migrantes, ciganos e população LGBTQIA+ podem estar presentes nos territórios sanitários das UBS, o que irá demandar atenção especial às suas necessidades, visto serem populações historicamente marginalizadas e com maior chance de apresentar vulnerabilidades sociais ou familiares.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça ainda a importância da APS ser resolutiva, utilizando as diferentes tecnologias de cuidado disponíveis neste cenário. No que concerne ao atendimento clínico individual é necessário usar de comunicação acolhedora e centrada na pessoa, ou seja, reconhecer o indivíduo em atendimento como um sujeito provido de desejos e expectativas, o qual está inserido em uma realidade específica, podendo apresentar condições socioeconômicas, familiares e ocupacionais que podem impactar sua saúde ou determinar o aparecimento de doenças. É a partir deste olhar que os profissionais das UBS devem propor soluções aos problemas de saúde dos seus pacientes, reconhecendo sua individualidade e suas particularidades, de modo a promover maior adesão aos tratamentos indicados e assim melhorar os desfechos e resolução dos agravos. (Brasil, 2017; Stewart et al, 2010)

A incorporação de ferramentas de telessaúde a nível nacional e estadual tem contribuído para a ampliação da capacidade resolutiva da Atenção Primária assim como para a qualificação dos encaminhamentos a outros níveis da Rede. Em Santa Catarina, a plataforma Saúde Digital UFSC tem sido de grande utilidade ao possibilitar a comunicação entre médicas (os) e enfermeiras (os) da APS com teleconsultores obstetras e médicos de família e comunidade, os quais respondem dúvidas clínicas e conseqüentemente contribuem para a Educação Permanente dos profissionais. A partir dessas tecnologias espera-se instrumentalizar as equipes da Atenção Primária para o manejo das condições clínicas comuns ao ciclo gravídico-puerperal, o que contribui para a vinculação da população às UBS e para o uso racional e equânime dos recursos e serviços da atenção especializada. (Brasil, 2017; Santa Catarina, 2025)

Portaria com as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde

Portaria que aprova a PNAB e estabelece a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde

As equipes da APS tem as seguintes responsabilidades dentro desta Linha de Cuidado:

Atenção a Saúde da Mulher

- Identificar mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em condições de vulnerabilidade social, familiar e/ou econômica e incentivar o uso de métodos contraceptivos;
- Realizar consultas de planejamento familiar com indicação e orientações sobre métodos contraceptivos disponíveis no SUS;
- Realizar avaliação pré-concepcional das mulheres em idade fértil que desejam gestar;
- Realizar busca ativa de gestantes para detecção precoce da gestação (até a 12ª semana);
- Garantir pelo menos 7 consultas de pré-natal intercaladas com médica(o) e enfermeira(o) durante toda a gestação para gestantes de risco habitual, intermediário e alto risco;
- Estimular a participação de acompanhante/parceria no pré-natal, com abordagens voltadas aos temas parentalidade responsável e saúde integral do homem;
- Promover equidade, respeitando a diversidade e as características étnico-raciais, culturais, sociais e de gênero;
- Estratificar o risco gestacional em todos os atendimentos médicos e de enfermagem;
- Solicitar e avaliar exames do primeiro, segundo e terceiro trimestre em tempo oportuno;
- Preencher e atualizar a Caderneta da Gestante a cada atendimento;
- Elaborar Plano de Cuidados individualizado e em conjunto com a gestante;
- Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, esclarecer dúvidas relacionadas a outras vias de parto, elaborar Plano de Parto;
- Ofertar consulta de pré-natal odontológico;
- Ofertar de grupos com função educativa para gestantes, puérperas e seus familiares, abordando temas relacionados à saúde materno-infantil;
- Atuar de forma interdisciplinar para manejo dos casos das gestantes, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade, visando elaboração de plano de cuidados único;
- Referenciar as gestantes de alto risco para os Ambulatórios de Atenção Especializada - Pré-natal de alto risco;
- Promover e articular a vinculação das gestantes às maternidades de referência regional, levando em conta a estratificação de risco gestacional;
- Realizar visitas domiciliares às gestantes e puérperas de acordo com os riscos e necessidades individuais das mesmas;
- Ofertar consultas puerperais;
- Incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade;
- Ofertar e aplicar as vacinas recomendadas para a gestante de acordo com o calendário vacinal do Ministério da Saúde;
- Ofertar acolhimento às demandas agudas e de urgência para gestantes e puérperas;
- Realizar referência aos serviços de urgência e emergência quando identificados sinais de alarme ou situações críticas e de risco à vida da gestante, feto ou puérpera.

Atenção à saúde da criança:

- Realizar visita domiciliar ao recém-nascido até 7 dias após o parto;
- Realizar teste do pezinho até o 5º dia de vida;
- Ofertar grupos e atividades educativas aos pais relacionadas à saúde e bem estar dos bebês;
- Ofertar consultas programadas de puericultura até os dois anos de idade;
- Realizar busca ativa das crianças menores de 1 ano que não comparecem para as consultas de puericultura;
- Ofertar e aplicar vacinas de acordo com o calendário vacinal do Ministério da Saúde;
- Ofertar acolhimento às demandas agudas e de urgência para as crianças de 0 a 2 anos de idade;
- Realizar referência aos serviços de urgência e emergência quando identificados sinais de alarme ou situações críticas e de risco à vida às crianças de 0 a 2 anos de idade.
- Referenciar as crianças com doenças identificadas nos 2 primeiros anos de vida para seguimento conjunto com a especialidade indicada.

2.1.2 Práticas integrativas e complementares - PICS

Com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde aprovou através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). A PNPIC abrange um conjunto de diretrizes que tem por objetivo incorporar e implementar as PICS no SUS, sob a perspectiva da promoção à saúde e prevenção de agravos, devendo ser aplicada e difundida na Atenção Primária à Saúde. As PICS favorecem o vínculo terapêutico, a capacidade de autocuidado dos usuários do SUS e a integração do ser humano com a natureza e o meio ambiente. Para mais detalhes sobre a indicação das PICS no cuidado materno-infantil consultar o **Anexo A - Práticas Integrativas e Complementares no ciclo gravídico-puerperal**.

Use as plantas medicinais com segurança!!! Consulte as seguintes referências para mais informações técnicas e recomendações de seu uso:

Guia de Plantas Medicinais de Florianópolis

Memento Fitoterápico

2.1.3 Capacidade instalada da Atenção Primária à Saúde

A Capacidade Instalada da APS refere-se aos recursos estruturais, humanos, tecnológicos e organizacionais que compõem a atenção básica. É possível acessar o quantitativo de equipes em suas diferentes modalidades, o número de UBS no Estado e sua distribuição nos municípios e regiões de saúde por meio da sala de situação da APS.

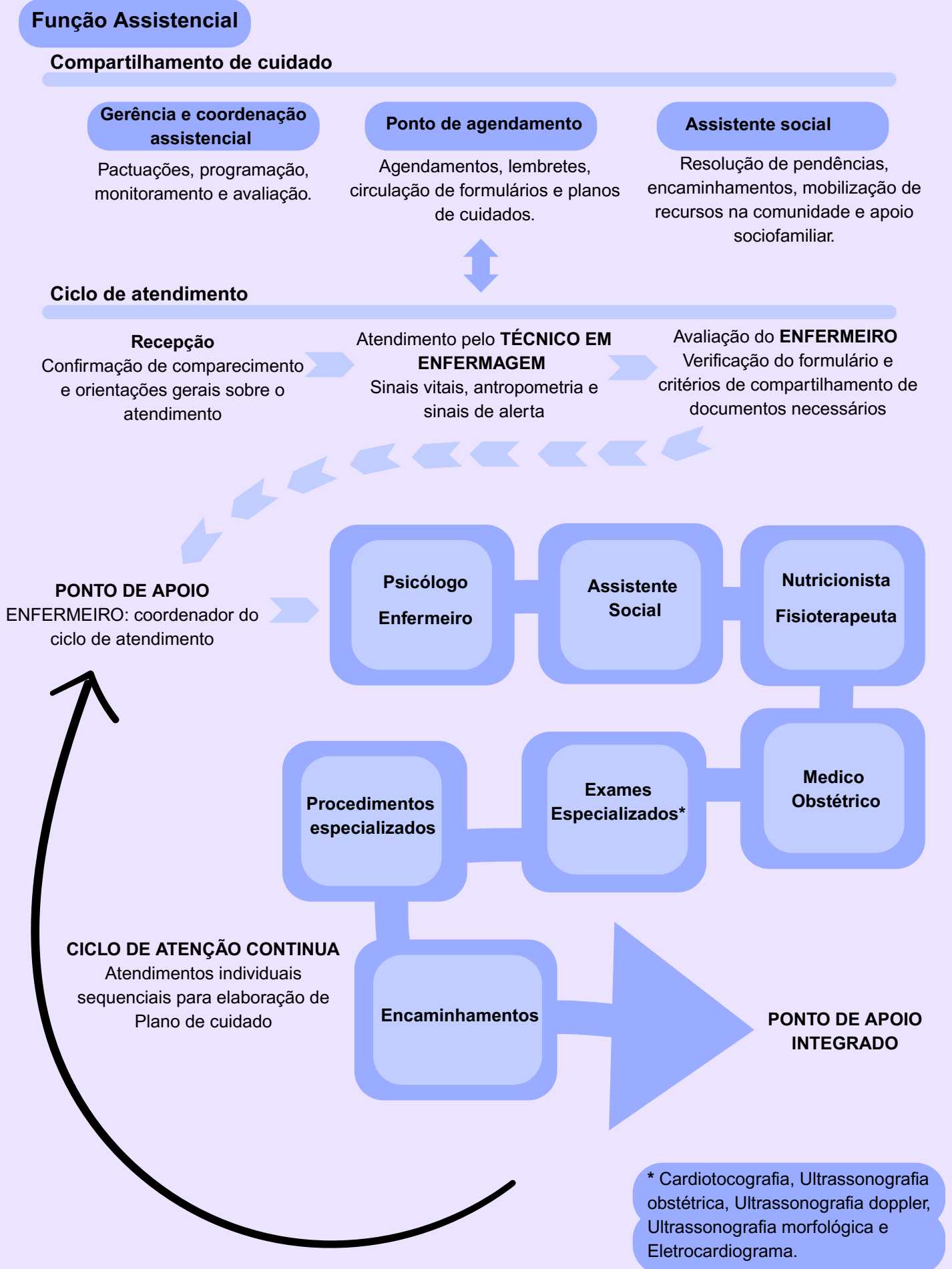
2.2 Atenção Secundária à Saúde

A atenção secundária atua de maneira complementar à APS no seguimento pré-natal das gestantes com alto risco gestacional. Os Ambulatórios de Atenção Especializada - Pré-natal de alto risco (AAE/PNAR) devem ter como foco o manejo das comorbidades clínicas e outros fatores que caracterizam o alto risco, de forma a garantir estabilização do quadro clínico até o parto. Neste nível de atenção a gestante deve ter acesso garantido a consulta com médica(o) obstetra, e de preferência com equipe multiprofissional especializada em manejo obstétrico. A composição da equipe multiprofissional pode incluir: enfermeira (o) ou obstetrix, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista. (SBIAE, 2019).

As proposições mais recentes de organização assistencial para os AAE/PNAR sugerem atendimentos sequenciais com os profissionais da equipe multiprofissional do ambulatório para elaboração de um Plano de Cuidados conjunto e multidisciplinar. Neste modelo, as mulheres são atendidas por todos os profissionais no primeiro ciclo de consultas, o que definirá as necessidades específicas de seguimento para cada gestante nas consultas subsequentes. A **Figura 2** demonstra de forma esquemática a rotina assistencial descrita acima.

Por fim, vale ressaltar que a Portaria GM/MS N° 5.350 de 12 de setembro de 2024 introduz uma nova conformação para a Rede Materno Infantil, incorporando novos componentes assistenciais e dispositivos que visam qualificar a atenção à saúde da mulher e da criança de alto risco. Entre esses novos serviços estão os Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) e os Ambulatórios de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança Egressos de Unidade Neonatal (A-SEG). Considerando que alguns desses componentes são inéditos em relação à Rede Cegonha, o Estado de Santa Catarina encontra-se em processo de adequação à nova portaria, com a implementação e habilitação gradativa dos serviços previstos.

Figura 2: Fluxo de atendimento sugerido para o Ambulatória de Gestação de Alto Risco.



FONTE: Adaptado de *Matos et al.*

Encontre as competências específicas de cada profissional nos ambulatórios de atenção especializada na Nota técnica SBIAE.

2.2.1 Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR)

O Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) tem como função oferecer atendimento especializado e integral às gestantes e puérperas classificadas como de alto risco, garantindo a continuidade e a qualidade do cuidado desde o pré-natal até o período pós-parto. Entre suas principais atribuições estão o acolhimento e o atendimento das pacientes referenciadas, a elaboração e atualização do Plano de Cuidados com base na avaliação especializada, e o encaminhamento, quando necessário, a centros de referência para outras especialidades.

São Atribuições do AGPAR:

I - Ofertar acompanhamento especializado para gestantes e puérperas de alto risco, assegurando que o cuidado prestado esteja em consonância com as especificidades de cada caso.

II - Garantir que gestantes e puérperas de alto risco tenham acesso regulado a hospitais ou maternidades equipadas com leitos de gestação de alto risco, assegurando a continuidade da atenção perinatal conforme os critérios clínicos e a estratificação de risco.

III - Realizar o acompanhamento pré-natal concomitante a APS, assegurando um mínimo de 12 consultas somadas ao longo da gestação, considerando os atendimentos na UBS e no AAE/PNAR. Essas consultas devem ser conduzidas por uma equipe multiprofissional especializada, distribuídas pelos três trimestres e ampliadas conforme necessidade da gestante e do quadro clínico.

IV - Garantir o acesso regulado e pactuado com a APS para a oferta de exames laboratoriais, de imagem e terapias de apoio, conforme a necessidade da gestante ou puérpera;

V - Articular plano de cuidados com APS por meio de contra-referência, definir metas do cuidado e planejar ações conjuntas com atenção primária.

VI - Garantir encaminhamento com carta de referência aos serviços de urgência e emergência e à maternidade quando necessário e indicado.

VII - Registrar condutas na caderneta da gestante e na ficha perinatal para seguimento nos demais níveis da Rede.

VIII - Utilizar serviços de telessaúde, tele-interconsulta e/ou teleorientação, sempre que disponíveis, para ampliar o acesso e a comunicação entre profissionais de saúde.

IX - Estabelecer mecanismos que promovam a transição do cuidado adequado após o parto, assegurando a vinculação da puérpera aos serviços da atenção primária e demais pontos da Rede materno-infantil.

X - Acompanhar as gestantes egressas do AGPAR durante o puerpério em articulação com a APS.

XI - Realizar ações e serviços de vigilância e investigação de óbitos maternos, fetais e infantis.

XII - Estar integrado a comitês locais e regionais de mortalidade materna e infantil, participando ativamente das discussões e investigações relacionadas a óbitos.

2.2.2 Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança Egressas de Unidade Neonatal (A-SEG)

Compete ao Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança Egressos de Unidade Neonatal (A-SEG) oferecer atenção ambulatorial especializada e integral a recém-nascidos e crianças que necessitam de cuidados contínuos após a alta da unidade neonatal, com foco em promover o crescimento e desenvolvimento adequados e reduzir possíveis danos decorrentes das condições que motivaram a internação. Deve atuar de maneira articulada entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde, buscando garantir o acesso regulado a serviços hospitalares de referência, conforme o risco clínico, e realiza ações de promoção, prevenção, diagnóstico e apoio terapêutico com equipe multiprofissional.

São atribuições do A-SEG:

I - Promover o cuidado integral, que inclui ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, avaliação diagnóstica e apoio terapêutico.

II - Realizar articulação e comunicação com os demais serviços da Rede materno-infantil, assegurando que o recém-nascido e à criança egressos de unidade neonatal tenham continuidade dos cuidados de puericultura na APS.

III - Preencher a Caderneta da Criança a cada atendimento, assegurando a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e a transparência do processo de cuidado.

IV - Promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno, oferecendo orientação especializada para o manejo de complicações e para a introdução de uma alimentação complementar saudável, de acordo com as necessidades específicas de cada criança.

V - Usar recursos digitais em saúde como o telessaúde, as teleinterconsultas e a teleorientação quando disponível a fim de qualificar o cuidado no demais níveis da Rede Materno Infantil.

VI - Realizar matriciamento com os demais pontos de atenção da Rede, fornecendo suporte técnico e clínico a APS, quando solicitado.

VII - Registrar os procedimentos realizados no A-SEG no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), garantindo a rastreabilidade e o monitoramento dos cuidados prestados.

2.2.3 Casa de Gestantes, Bebê e Puérpera

A Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de apoio às usuárias que necessitam sair de seus municípios para realizar o parto em Maternidade de referência para gestantes de alto risco em outras localidades. A CGBP deve estar vinculada a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco e ter capacidade para acolher 10, 15 ou 20 usuárias, incluindo gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos. A localização deste serviço deve ser nas imediações do hospital de referência, situada em um raio de até cinco (5) quilômetros do estabelecimento ao qual está vinculada.

A CGBP deve garantir:

I - Acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada;
II - Assistência à saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários;
III - Visita aberta, com horários ampliados e flexíveis;
IV - Acompanhamento por enfermeiro de segunda à sexta-feira, em regime de quarenta horas semanais;
V - Acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
VI - Cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas à puérpera e recém-nascidos;
VII - Insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP;e
VIII - Manutenção da estrutura física e dos equipamentos.

A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual estejam vinculados, a partir de demanda da Atenção Primária ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios:

a) Para a gestante:

1. Necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade;
2. Necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento;

b) Para o recém-nascido clinicamente estável:

1. Estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar;
2. Necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio.

c) Para a puérpera:

1. Necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar;
2. Quando o recém-nascido estiver internado em UTIN ou UCINCo e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

As vagas para puérperas com recém-nascido internados em UTIN ou UCINCo não devem ultrapassar trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação.

2.2.4 Bancos de Leite Humano

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são serviços especializados e de referência em amamentação e suas atividades envolvem coleta, processamento, controle de qualidade e a distribuição de leite humano pasteurizado. Dessa forma garantem que o leite doado mantenha as propriedades nutricionais e imunológicas adequadas para atender às necessidades específicas dos recém-nascidos. Além disso, os BLH também desempenham um papel educacional ao capacitar profissionais de saúde e promover campanhas para sensibilizar a sociedade sobre a importância da doação de leite humano e do aleitamento materno.

Os BLH são fundamentais na assistência integral aos recém-nascidos, especialmente àqueles que se encontram em condições clínicas de risco, como bebês prematuros ou de baixo peso internados em unidades neonatais que, por diversas razões, não podem ser amamentados diretamente por suas mães. Na Rede Materno Infantil, os Bancos de Leite Humano estão estrategicamente integrados às Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e às Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCINs), facilitando o acesso ao leite humano para recém-nascidos que não podem ser amamentados.

Outra função dos BLH é oferecer um serviço de orientação e apoio à amamentação, tanto para mães de bebês hospitalizados quanto para mães com dificuldade no aleitamento materno provenientes da APS. A atuação dessas unidades na promoção, proteção e apoio ao aleitamento é de extrema relevância, pois colabora diretamente para a redução da morbimortalidade infantil, ao incentivar a amamentação exclusiva, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde.

2.2.5 Capacidade Instalada da Atenção Secundária

A atenção secundária representa o nível de cuidado intermediário entre a atenção primária e a hospitalar de alta complexidade, desempenhando papel essencial na coordenação e continuidade da atenção à gestante, puérpera e ao recém-nascido.

Em todas as macrorregiões de saúde do Estado há ambulatórios especializados voltados ao atendimento de gestantes de alto risco, compondo a capacidade instalada da linha de cuidado materno-infantil. Esses serviços, em sua maioria localizados no interior de hospitais de referência para partos de gestação de alto risco, funcionam sob um modelo assistencial médico-centrado, com atuação de médico obstetra e equipe de enfermagem, garantindo o acompanhamento clínico especializado das gestantes. Atualmente, dois ambulatórios encontram-se em processo de Planificação da Atenção à Saúde (PlanificaSUS), implementando o modelo PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial), sendo um no Hospital e Maternidade Tereza Ramos, em Lages, e outro na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em Itajaí.

A instituição do componente Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR), a partir das Portarias da Rede Alyne, representa um avanço significativo na organiza o da rede materno-infantil, estabelecendo critérios técnicos e parâmetros de habilita o que possibilitam qualificar, integrar e ampliar o acesso das gestantes ao cuidado especializado e multiprofissional.

De acordo com o Plano de Ação Estadual da Rede Materno-Infantil – Rede Alyne, está prevista a habilitação de vinte e quatro AGPAR distribuídos nas macrorregiões, ampliando de forma expressiva a cobertura assistencial e o acompanhamento das gestantes de alto risco em todo o território catarinense.

O Acompanhamento do Recém-Nascido de Alto Risco (A-SEG) constitui um novo componente da Rede Materno-Infantil – Rede Alyne, que até o momento da sua criação não contava com serviços formalmente habilitados. Em razão dessa lacuna, as macrorregiões de saúde vêm adotando estratégias locais e isoladas, como a contratação direta de pediatras, utilização de consórcios intermunicipais ou estruturação de ambulatórios especializados, para garantir o acompanhamento de recém-nascidos e crianças com agravos ou risco para o desenvolvimento.

A habilitação do A-SEG representa um marco organizativo essencial, assegurando a continuidade e integralidade do cuidado, especialmente na transição do hospital para a rede ambulatorial. Essa estruturação fortalece as linhas de cuidado materno-infantil, promove vínculo assistencial, monitoramento longitudinal do desenvolvimento infantil e contribui para a redução de desfechos adversos evitáveis. Conforme previsto no Plano de Ação Estadual da Rede Alyne, o Estado prevê a habilitação de 22 A-SEG, fortalecendo o acompanhamento do recém-nascido de alto risco e qualificando a atenção à primeira infância.

No Estado de Santa Catarina, encontram-se em funcionamento três Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) habilitadas pelo Ministério da Saúde. Em Joinville, a unidade vinculada à Maternidade Darcy Vargas possui habilitação vigente e dez leitos; em Lages, a Casa da Gestante vinculada ao Hospital e Maternidade Tereza Ramos também conta com dez leitos; e em Curitiba, a unidade vinculada ao Hospital Hélio Anjos Ortiz dispõe de vinte leitos.

A habilitação e implantação de novas CGBP constituem ação estratégica para o fortalecimento da rede materno-infantil, considerando a distribuição populacional do Estado, as distâncias até os serviços de referência, os indicadores de morbimortalidade materno-infantil e a necessidade de garantir atenção contínua e de qualidade às gestantes e puérperas em situações de risco. De acordo com o Plano de Ação Estadual da Rede Alyne, está prevista a habilitação de quinze CGBP, ampliando o acolhimento de gestantes, puérperas e recém-nascidos que necessitam de alojamento temporário próximo às maternidades de referência.

mento temporário próximo às maternidades de referência.

O Estado de Santa Catarina também conta com quinze Bancos de Leite Humano (BLH), que desempenham papel estratégico na promoção da saúde neonatal e na redução da morbimortalidade infantil, assegurando a oferta segura de leite materno para recém-nascidos, especialmente os prematuros e de alto risco. Os BLH habilitados pelo Ministério da Saúde garantem a coleta, processamento, armazenamento e distribuição do leite materno, articulando-se com maternidades, unidades neonatais e a atenção primária para fortalecer a linha de cuidado materno-infantil.

A expansão e habilitação de novos BLH são fundamentais para ampliar a cobertura regional, reduzir desigualdades de acesso e assegurar a continuidade do cuidado nutricional e imunológico do recém-nascido, contribuindo diretamente para a melhoria dos desfechos neonatais e infantis.

O Plano de Ação Estadual da Rede Materno-Infantil – Rede Alyne apresenta, de forma detalhada, o desenho completo da rede de atenção, evidenciando a previsão de habilitações, abertura de novos serviços e qualificação da capacidade instalada. O documento realiza um mapeamento dos componentes da atenção secundária, contemplando os dispositivos AGPAR, A-SEG, CGBP e Bancos de Leite Humano, entre outros serviços estratégicos para a organização e fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil. O documento pode ser acessado no portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

2.3 Atenção Terciária à Saúde

Os serviços da Atenção Terciária da Rede Materno Infantil de Santa Catarina – Rede Alyne incluem os Centros de Parto Normal (CPN), as maternidades, os hospitais gerais equipados com leitos obstétricos, clínicos e cirúrgicos, e as unidades neonatais, incluindo UTIN, UCINCo e UCINCa, destinados ao cuidado de recém-nascidos de risco ou prematuros. Essa rede de serviços atua como referência para casos de maior complexidade, garantindo intervenções especializadas, acompanhamento intensivo e suporte multiprofissional. O acesso aos diferentes serviços disponíveis no estado é definido com base na estratificação de risco gestacional, de forma que gestantes de baixo risco sejam atendidas em maternidades regionais e aquelas de alto risco sejam direcionadas a unidades habilitadas para de casos de maior complexidade. Para os municípios que não dispõem de serviços próprios, o encaminhamento deve seguir as pactuações regionais de assistência, assegurando fluxos de referência e contrarreferência organizados, a continuidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços de alta complexidade, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e da Rede Alyne.

2.3.1 Centro de Parto Normal

Um Centro de Parto Normal (CPN) é uma estrutura dentro da RAS Materno Infantil, projetada para oferecer um ambiente seguro e acolhedor durante o trabalho de parto e parto para gestantes de risco habitual (Brasil, 2024c).

Os CPN são classificados em duas categorias:

a) Centro de Parto Normal Intra-hospitalar

O Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi) é uma unidade especializada localizada dentro do ambiente hospitalar, o que permite o acesso imediato a intervenções de emergência caso necessário. Essa configuração visa assegurar à gestante um ambiente acolhedor, seguro e próximo de recursos hospitalares avançados, proporcionando um equilíbrio entre autonomia e segurança no momento do parto.

As diferenças entre os tipos de CPNi estão baseadas na configuração física e na integração com outras áreas do hospital:

- **CPNi tipo I:** Este modelo possui ambientes exclusivos para suas atividades, como recepção, sala de exames, quartos de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP), área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço. É possível que compartilhem apenas os ambientes de apoio com o restante do hospital, preservando a privacidade e a autonomia da unidade.
- **CPNi tipo II:** Já o CPNi tipo II possui uma infraestrutura mais integrada à maternidade. Embora conte com quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço próprios, pode compartilhar outros ambientes com o restante do estabelecimento hospitalar.

Os dois tipos de CPNi garantem a permanência da gestante, puérpera e do recém-nascido nos quartos PPP durante todo o trabalho de parto e o período imediatamente posterior ao parto. Após o puerpério imediato é possível a transferência para o alojamento conjunto, conforme a necessidade e os protocolos da instituição. Outro ponto essencial é o respeito ao direito da gestante de contar com a presença de um acompanhante de sua escolha, desde a admissão até a alta hospitalar.

b) Centros de Parto Normal Peri-hospitalar

O Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp) está localizado nas imediações de um hospital de referência, com o objetivo de garantir um acesso rápido e seguro a cuidados médicos em caso de necessidade de intervenção durante o parto. A distância entre o CPNp e o hospital deve ser suficientemente curta para assegurar que qualquer intervenção de emergência possa ser iniciada em até 30 minutos após a identificação da necessidade.

Além disso, o CPNp deve garantir a transferência segura e adequada da gestante, puérpera e recém-nascido em situações de urgência, com transporte disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana. Assim como os CPNi, o CPNp assegura a permanência da gestante e do recém-nascido no quarto PPP durante todo o processo, da admissão até a alta. O direito de ter um acompanhante de livre escolha da gestante é igualmente garantido durante todo o período de internação.

Os CPNp são vinculados a um hospital de referência, utilizando os serviços de apoio e diagnóstico oferecidos por este estabelecimento, sempre que necessário. Esse modelo também segue a premissa de humanização e respeito às escolhas da mulher, proporcionando um ambiente acolhedor e seguro para o parto normal (**Brasil, 2024c**).

2.3.2 Maternidades e/ou Hospitais Gerais com Leitos Obstétricos, Cirúrgicos e Clínicos

As maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos, clínicos e cirúrgicos são unidades essenciais da atenção terciária voltadas ao cuidado da gestação de risco habitual. Seu papel é garantir o atendimento integral da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal quando se fizer necessário atendimento hospitalar, além de assegurar um ambiente adequado para a realização do parto, nascimento e cuidados imediatos no pós-parto ao recém-nascido. Esses serviços devem atuar sob os princípios da humanização, integralidade e segurança, dispor de equipe multiprofissional qualificada e infraestrutura capaz de realizar o manejo de intercorrências e a estabilização clínica quando necessário.

A organização do cuidado nessas unidades baseia-se na estratificação de risco gestacional, sendo os casos de risco habitual assistidos localmente e os de maior complexidade encaminhados, de forma segura e regulada, para hospitais de referência. Além da assistência ao parto, essas instituições devem manter articulação com a atenção primária e com os demais pontos da rede, garantindo continuidade do cuidado, acolhimento humanizado e respeito às boas práticas obstétricas e neonatais. Dessa forma, as maternidades e hospitais gerais configuram-se como pilares da atenção obstétrica, assegurando a resolutividade do cuidado e contribuindo para a redução de intervenções desnecessárias e de desfechos adversos.

2.3.3 Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e Puerpério de Alto Risco

Os serviços hospitalares de referência à gestação e puerpério de alto risco (HGPAR) visam acompanhar as ações de saúde para gestantes e puérperas de alto risco, garantindo acesso a recursos de média e alta complexidade.

As unidades hospitalares designadas como referência em Atenção à Gestação e Puerpério de Alto Risco recebem gestantes encaminhadas pela atenção primária, secundária ou pela Central de Regulação, oferecendo leitos específicos para internação conforme critérios clínicos.

São cuidados essenciais ofertados nos serviços hospitalares de referência à gestação e puerpério de alto risco:

Realizar acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR)
Seguir protocolos específicos para gestantes de alto risco, incluindo o Plano de Parto.
Estimular o uso de métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor
Seguir recomendações da OMS e do Ministério da Saúde para decisão em relação a indicação de cesarianas, episiotomias e uso de ocitocina.
Permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto e pós-parto;
Garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e pós-parto;
Estimular a realização das fases do parto (pré-parto, parto e puerpério imediato) em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto;
Disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto;
Utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana;
Apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção das diretrizes conforme estratégia de aleitamento materno publicado pelo Ministério da Saúde;
Fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar
Realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil;
Alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS;
Realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional;
Possuir Comitê Interno de Mortalidade Materno Infantil, integrado aos respectivos comitês de mortalidade materno infantil local e regional.

2.3.4 Unidades Neonatais

As Unidades Neonatais são serviços de internação responsáveis pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotados de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham dessas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado.

As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos termos abaixo:

- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN):
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

2.3.4.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

As UTINs são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados:

1. recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento);
2. recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, II)
3. recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte;
4. recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e
5. recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento), exosanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação.

2.3.4.2 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco com indicação de assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. Elas podem configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou unidades independentes, obedecendo à rotina de cada serviço. Tem como responsabilidade o cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições:

1. recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares;
2. recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO₂) elevada (FiO₂ > 30%);
3. recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso;
4. recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;
5. recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
6. recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e
7. recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

2.3.4.3 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

As UCINCa são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura permite acolher mãe e filho para prática do método canguru, durante todo o período da internação e somente deverão ser estabelecidas em unidades hospitalares que possuem UCINCo. São responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo (Brasil, 2024c).

O método canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favorece o cuidado ao recém-nascido e à sua família. (Brasil, 2017b). Promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais, através do contato pele a pele, que começa de forma precoce com o toque e evolui até a posição canguru. Esse método é dividido em três etapas e depende da capacitação da equipe da Unidade Neonatal para seu sucesso. O seu objetivo é promover um cuidado de alta qualidade, levando em consideração a individualidade de cada criança e sua história familiar (Brasil, 2024d).

- **Primeira etapa:** Tem início no pré-natal da gestação que necessita cuidados especializados, tendo continuidade na internação do recém-nascido na unidade neonatal. Os pais devem ser orientados sobre o método e seus direitos durante a internação ainda no pré-natal. Durante a internação os pais devem ser acolhidos e orientados em relação às condições de saúde do seu filho, as rotinas, os cuidados dispensados, e o funcionamento da unidade e da equipe que cuidará do recém-nascido.

- **Segunda etapa:** A segunda etapa é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno. O recém-nascido permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados devem ser estimuladas.
- **Terceira etapa:** Os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso (RNBP), ao alcançarem a terceira etapa, receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe hospitalar e pela Atenção Primária. Esses recém-nascidos deverão ter um acompanhamento mais próximo pelas equipes, com retornos à Unidade de Atenção Primária e visitas do ACS para identificar dificuldades no manejo. Quando necessário, será realizada visita domiciliar pela equipe de saúde.

Para saber os critérios de elegibilidade de cada etapa e aplicação do método, consultar o Manual Técnico “Atenção Humanizada ao Recém-nascido, Método Canguru” (Brasil, 2017b).

2.3.5 Capacidade Instalada da Atenção Terciária

A estrutura da atenção terciária cumpre papel estratégico na consolidação da Linha de Cuidado Materno-Infantil, assegurando o acesso oportuno, qualificado e humanizado às gestantes e recém-nascidos que demandam intervenções especializadas ou acompanhamento intensivo.

Em Santa Catarina há atualmente apenas um Centro de Parto Normal (CPN) intra-hospitalar Tipo I habilitado pelo Ministério da Saúde, localizado no Hospital Universitário Santa Terezinha, em Joaçaba, com capacidade para três leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Diante desse cenário, das disparidades regionais e dos compromissos pactuados no âmbito da Rede Alyne, a habilitação de novos CPNs nas diferentes macrorregiões configura-se como ação estruturante para a qualificação da linha de cuidado materno-infantil. A expansão desses serviços é estratégica para fortalecer o parto e nascimento humanizado, assegurando equidade, integralidade e segurança da assistência, além de contribuir para a redução das desigualdades regionais no acesso e para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais. No estado, existem diversas maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos, clínicos e cirúrgicos, que atuam como referência para o atendimento de gestantes de risco habitual. Atualmente, a rede dispõe de 987 leitos obstétricos destinados ao parto de risco habitual, distribuídos nas oito macrorregiões de saúde, garantindo cobertura assistencial em todo o território catarinense.

Em algumas regiões, estão em andamento projetos de ampliação e qualificação desses leitos, com o objetivo de ampliar o acesso, reduzir deslocamentos de gestantes e promover a descentralização da atenção ao parto. O reconhecimento e fortalecimento das maternidades e hospitais com leitos obstétricos, já habilitados ou com potencial de expansão, representam pilares fundamentais na consolidação da Rede Alyne, promovendo a regionalização da atenção obstétrica e o alívio da demanda sobre os hospitais de referência para gestação de alto risco. Essa estratégia reforça a capacidade do SUS catarinense de oferecer um parto seguro, digno e resolutivo em todas as regiões do Estado.

Para o atendimento das gestantes e recém-nascidos de alto risco, Santa Catarina conta atualmente com 12 hospitais habilitados com referência para gestação de alto risco, totalizando 99 leitos obstétricos habilitados pelo Ministério da Saúde. Estes serviços dispõem de estrutura especializada e equipes multiprofissionais capacitadas para o manejo clínico e cirúrgico das intercorrências maternas e fetais, atuando como retaguarda técnica e regulatória para os demais pontos de atenção da rede. Em consonância com o Plano de Ação Estadual da Rede Alyne, há previsão de ampliação do número de hospitais habilitados junto ao Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer a regionalização da atenção ao alto risco, reduzir deslocamentos intermunicipais e garantir maior equidade no acesso aos serviços de alta complexidade. Essa ampliação representa um passo essencial para o enfrentamento das causas de morbimortalidade materna e perinatal e para a consolidação da linha de cuidado em todas as macrorregiões.

No componente neonatal, o Estado dispõe de 280 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 104 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 31 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Esses serviços são fundamentais para o atendimento de recém-nascidos que necessitam de acompanhamento intensivo ou intermediário, assegurando suporte vital e continuidade do cuidado após o parto. As UTINs garantem assistência a recém-nascidos em situação crítica, enquanto as UCINCo e UCINCa são essenciais para a transição segura ao cuidado domiciliar, além de promoverem o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e o estímulo ao aleitamento materno.

Considerando a importância estratégica das unidades neonatais intermediárias e o déficit atual na quantidade de leitos de UCINCo e UCINCa, o Estado prevê a habilitação e ampliação progressiva desses leitos nas macrorregiões, essa expansão é indispensável para assegurar a continuidade e integralidade do cuidado neonatal, reduzindo a sobrecarga das UTINs e qualificando a atenção prestada ao recém-nascido em situação de risco intermediário ou em processo de recuperação.

O Plano de Ação Estadual da Rede Materno Infantil – Rede Alyne detalha o desenho da rede, com previsão de novas habilitações, expansão e qualificação de leitos, bem como ações de fortalecimento da regionalização. O documento também orienta o planejamento estadual e macrorregional para o aprimoramento da atenção ao parto, nascimento e cuidado neonatal. O [Plano](#) pode ser consultado no portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

2.4 Sistema Logístico

O sistema logístico é parte integrante da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil de Santa Catarina e é fundamental para a interligação entre os serviços assistenciais acima descritos. O funcionamento deste sistema deve estar organizado de forma descentralizada e regionalizada, com componentes municipais, como as Unidades de Suporte Básico (USB), e estaduais, como as Unidades de Suporte Avançado (USA) e serviços aeromédicos. Dentre os serviços realizados pelo sistema logístico estão: transporte de materiais biológicos para análise laboratorial, tratamento fora do domicílio (TFD), remoções de urgência e emergência, e transferências inter-hospitalares. O **Quadro 2** abaixo mostra as centrais de regulação envolvidas no sistema logístico, assim como sua forma de acionamento, os serviços prestados e as referências regionais para cada um.

Quadro 2 - Centrais de regulação e interface com sistema logístico.

Central de regulação	Acionamento	Serviço prestado	Referência	Subdivisão regional
Centrais de regulação de urgências (CRU)	192	Resposta imediata aos chamados de urgência e emergência; Regula o deslocamento de ambulâncias municipais e estaduais para atendimento pré-hospitalar	Estadual e Regionalizada	Macrorregiões de saúde (Grande Oeste, Meio Oeste, Serra Catarinense, Planalto Norte e Nordeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Sul, Grande Florianópolis)
Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA - porte V)	SISREG	Organiza e regula o acesso às consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados sob gestão do Estado.	Estadual e Regionalizada	Complexos Reguladores Regionais (Joinville, Blumenau, Grande Florianópolis, Serra Catarinense, Foz do Rio Itajaí, Joaçaba, Chapecó e Sul)
Central Estadual de Transferências Inter-Hospitalares (CERINTER)	192	Recepcionar, regular e acionar todas as transferências inter-hospitalares no estado e deslocamentos de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva para realização de exames em outro serviço. Opera em articulação com as Unidades de Suporte Avançado do Estado - Santa Catarina Inter-Hospitalar (SCIH)*	Estadual e Regionalizada	-SCIH 01: Joinville (norte e nordeste) - SCIH 02: Chapecó (oeste) - SCIH 03: Florianópolis (Grande Florianópolis) - SCIH 04: Lages (Planalto Serrano) - SCIH 05: Araranguá (sul) - SCIH 06: Joaçaba (meio-oeste) - SCIH 07: São Miguel do Oeste (extremo oeste)
Centrais de Regulação Municipais	Contato local	Regula e disponibiliza as Unidades de Suporte Básico por meio da central de urgência ; organiza e disponibiliza o TFD** quando se tratar de risco habitual poderá ser realizado pelo transporte sanitário municipal.	Municipal	
Centrais de Regulação Hospitalar	SISREG	Regula os leitos hospitalares, inclusive os de atenção especializada e de alta complexidade.	Regionalizado	Macrorregiões de saúde (Grande Oeste, Meio Oeste, Serra Catarinense, Planalto Norte e Nordeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Sul, Grande Florianópolis)

* Nas macrorregiões onde não há SCIH própria, o acionamento das transferências ocorre por meio das Centrais de Regulação das Urgências (CRUs); para o transporte aeromédico, conta-se com as aeronaves Arcanjo 04 (localizada em Florianópolis) e Arcanjo 06 (em Joaçaba). A unidade específica para pacientes com obesidade mórbida está baseada em Florianópolis e é mobilizada conforme a demanda.

** TFD: tratamento fora de domicílio

O sistema logístico deve operar para garantir acesso equânime, integral e universal aos diversos pontos de atenção à saúde para gestantes, puérperas e recém-nascidos (BRASIL, 2024) As gestantes de alto risco deverão ser incluídas via SISREG para agendamento no no AAE/PNAR por meio Central Estadual de Regulação Ambulatorial. Esta mesma também será responsável pelo agendamento de exames de maior complexidade quando estes forem necessários e não estiverem disponíveis no município ou no AAE/PNAR em que a gestante está vinculada. Ademais, quando os locais de realização de consultas, exames e/ou procedimentos são fora do município de residências das usuárias o transporte deve ser garantido por este município.

O acionamento do sistema logístico a nível estadual acontece por meio das Centrais de Regulação das Urgências (CRU). Para as transferências entre os serviços da atenção primária, secundária e terciária que envolvem pacientes em situações críticas e de instabilidade clínica. Os profissionais de saúde devem fazer a solicitação de remoção à CRU de sua região por meio do 192. As situações que não requerem Unidade de Suporte Avançado poderão ser transportadas pelas Unidades de Suporte Básico (USB) municipais, acionadas diretamente por meio da regulação municipal (Santa Catarina, 2025).

Além disso, no que se refere aos cuidados peri parto, o Ministério da Saúde recomenda a regra do "Vaga Sempre", que visa garantir a toda gestante e puérpera com critério de admissão hospitalar e a todo recém-nascido grave ou potencialmente grave uma vaga de internação hospitalar, considerando o referenciamento adequado e a garantia de transferência segura até esta unidade. Para tal, o transporte inter-hospitalar deve contar com equipe qualificada para atendimento a gestante, puérpera e recém-nascido que necessite de cuidados de maior complexidade. Em Santa Catarina, o CERINTER, por meio das Unidades de Suporte Avançado (terrestre e aéreo) do Estado - Santa Catarina Inter-Hospitalar (SCIH) - realizam as transferências de gestantes, puérperas e recém-nascidos até os Hospitais/Maternidade que dispõem de Unidade de Terapia Intensiva adulto e/ou neonatal capazes de atender à demanda em questão.

2.5 Teleconsultoria

A teleconsultoria é uma ferramenta que tem contribuído para a qualificação assistencial em saúde em diversos contextos. Em Santa Catarina, o serviço da Saúde Digital UFSC, em parceria com a SES/SC, possibilita a integração da APS com a atenção especializada ambulatorial, favorecendo a tomada de decisão dos médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde. Portanto, diante de dúvidas de manejo clínico ou da indicação para atendimento com especialista é recomendado que seja utilizado as teleconsultorias. Para gestantes com manejo recomendado na APS, ou seja, de risco habitual ou intermediário, o suporte via teleconsultoria poderá ser obtido junto aos Médicos de Família e Comunidade (MFC) disponibilizados pelo Núcleo Saúde Digital UFSC na rede "Telessaúde UFSC -> Medicina de Família e Comunidade" do módulo de teleconsultorias.

Esse tipo de teleconsultoria pode ser solicitada tanto por médicas(os) quanto por enfermeiras(os) da APS cadastrados no Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT). Serão respondidas dúvidas relacionadas ao atendimento pré-natal no geral, ao manejo de comorbidades, aos ajustes de terapia medicamentosa, à conduta terapêutica e a solicitação de exames complementares, pertinentes à atuação do MFC. Este serviço é oferecido de forma assíncrona para todo o estado de Santa Catarina, com tempo estimado de resposta em 72 horas, exceto onde há fluxo próprio estabelecido pelo município e onde a regulação ambulatorial tem a teleconsultoria de caráter compulsório. (Santa Catarina, 2025)

As teleconsultorias para o Pré-natal de alto risco, com especialistas em Obstetrícia, estão disponíveis somente para algumas macrorregiões de saúde no estado e podem ser solicitadas exclusivamente pelos médicos(os) da APS. Os municípios da Grande Florianópolis deverão obrigatoriamente solicitar a teleconsultoria na rede **"SES - SC -> Gestante Alto Risco Grande Florianópolis"** para encaminhar as gestantes de alto risco para o AAE/PNA. Além disso podem usar este recurso para dúvidas clínicas e/ou de manejo ao longo do seguimento pré-natal destas gestantes nas UBS.

Os municípios dentro das macro regiões da Foz do Rio Itajaí e da Serra Catarinense também podem realizar teleconsultoria especializada em Pré-Natal de alto risco nas redes específicas **"SES - SC -> Gestante Alto Risco - Região Foz do Rio Itajaí"** e **"SES - SC -> Gestante Alto Risco Serra Catarinense"**. Apesar de ser um serviço consultivo, ou seja, não é pré-requisito obrigatório para acesso ao AAE/PNAR via SISREG, as dúvidas podem ser encaminhadas por meio da plataforma do STT, as quais serão respondidas em até 72h por um especialista da área, com base nas melhores evidências científicas e protocolos clínicos e de acesso pactuados no estado (Santa Catarina, 2025).

3. ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL, GESTACIONAL E PUERPERAL

O cuidado integral à saúde da mulher é uma prerrogativa da Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres (PNAISM) e engloba o planejamento familiar, a avaliação e orientação pré concepcional, o pré-natal e o puerpério, dentre outras formas de atenção às mulheres em outros ciclos de vida além da menacme, por exemplo a menopausa (Brasil, 2011). Além disso, a PNAISM ainda salienta cuidados e atenção especial à saúde de populações específicas historicamente marginalizadas ou invisibilizadas, como as mulheres negras e pardas, as trabalhadoras do campo e da cidade, as mulheres indígenas e aquelas em situação de prisão. Espera-se que os profissionais da APS estejam em contínua formação para lidar com as possíveis vulnerabilidades enfrentadas por estas e outras minorias (população LBGTQIA+, quilombolas e migrantes) e assim entregar um cuidado em saúde integral e equânime a todas as mulheres catarinense.

3.1 Planejamento familiar e o atendimento pré-concepcional

O planejamento familiar e o atendimento pré-concepcional constituem etapas fundamentais da atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, orientadas pelos princípios da autonomia, equidade e cuidado contínuo. Essas ações possibilitam que adolescentes, mulheres e casais façam escolhas conscientes sobre o exercício da sexualidade e o momento de gestar, com base em informações qualificadas e no suporte da equipe multiprofissional da APS.

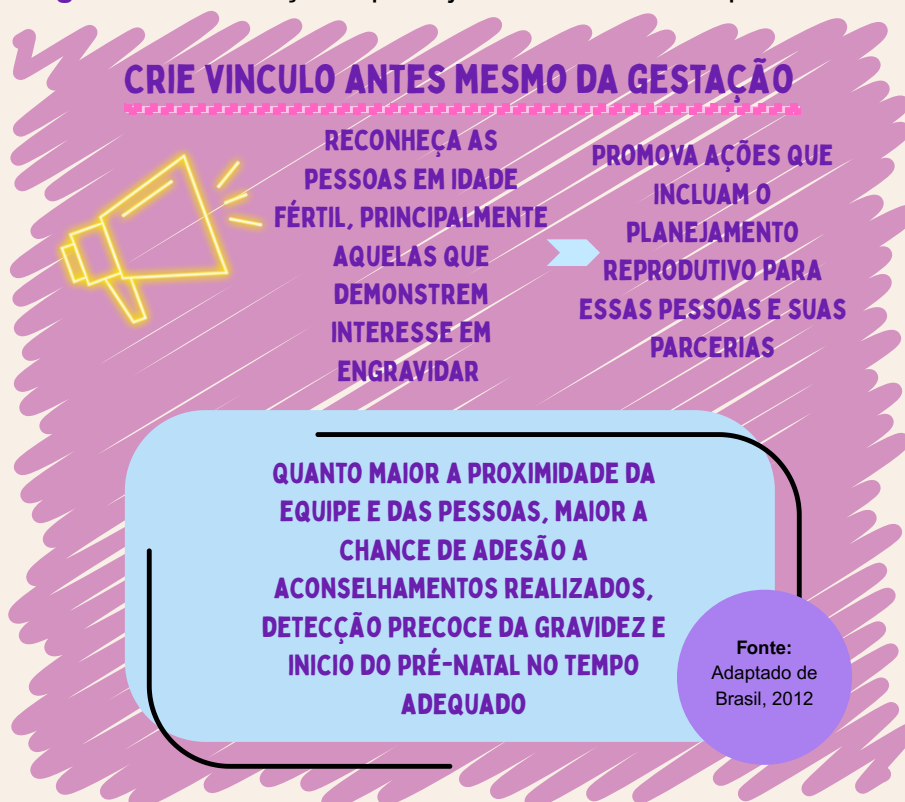
As consultas com adolescentes devem ser orientadas por suas dúvidas e demandas, o que indicará suas necessidades específicas e os temas os quais os profissionais deverão investir tempo para educação em saúde. É de suma importância que os profissionais utilizem estratégias de comunicação clínica que favoreçam a vinculação, como a escuta ativa e empática (sem julgamentos), para que seja possível o cuidado longitudinal e a abordagem dos diversos assuntos que compõem o cuidado integral à saúde da adolescente.

Em especial, para que haja redução do número de gravidezes indesejadas e/ou complicadas nessa população, é recomendado que as equipes da atenção primária sejam proativas em abordar a sexualidade, orientar e indicar os métodos contraceptivos disponíveis.

Para indicação de métodos contraceptivos acessar: Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres e Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos

As recomendações atualizadas para atendimento dos adolescentes na APS está contida na NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

Figura 3 - Vinculação e planejamento sexual e reprodutivo.



Para as mulheres que desejam gestar o atendimento na APS deve ser focado em:

- 1. Ações de promoção à saúde:** orientar alimentação saudável, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e de outras drogas, e controle de peso visando IMC abaixo de 25 para pessoas com sobrepeso e para as pessoas obesas estabelecer metas individuais; identificar e mitigar possíveis fatores de risco para a gestação futura - avaliar a) condições individuais, socioeconômicas, familiares; b) comorbidades clínicas atuais c) comorbidades clínicas progressas; d) complicações em gestações anteriores.
- 2. Ações de prevenção de agravos e tratamento de doenças:** solicitar de testes sorológicos para toxoplasmose, rubéola, sífilis, HIV e hepatites B e C para o casal; realizar o tratamento das infecções identificadas de acordo com os protocolos vigentes; realizar exame de rastreamento de câncer de colo uterino - colpocitologia oncótica ou testes moleculares para detecção do HPV, prescrever suplementação de ácido fólico (400 µg/dia ou 0,4 mg/dia) assim que a mulher interromper o uso do contraceptivo; tratar e manter controle de comorbidades clínicas, como hipertensão, diabetes, e outras doenças crônicas.

Por fim, é recomendado que o/a parceiro(a) seja envolvido(a) desde os atendimentos pré-concepcionais, oportunizando esse contato para falar sobre as responsabilidades da parentalidade compartilhada e da paternidade participativa, e para estimular sua participação nas consultas de pré-natal e de puericultura mais adiante

3.2 Atendimento Pré-natal

3.2.1 Identificação precoce da gravidez

A identificação precoce da gestação é uma das estratégias para o cuidado integral à gestante e visa reduzir as complicações gestacionais, assim como fornecer suporte assistencial às mulheres que não desejam gestar (**Fluxograma 1**).

A recomendação é que a gestante inicie o pré-natal até a 12ª semana de gestação. Para que tal ocorra é importante que as equipes da APS se mobilizem para:

- a) **promover educação em saúde sobre sintomas da gravidez** para todas as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos);
- b) **realizar busca ativa de mulheres que tenham sintomas de gravidez;**
- c) **realizar busca ativa de mulheres que fizeram teste por conta própria com resultado positivo;**
- d) **disponibilizar testes rápidos de gravidez nas UBS;**
- e) **acolher mulheres com sintomas típicos de gravidez.**

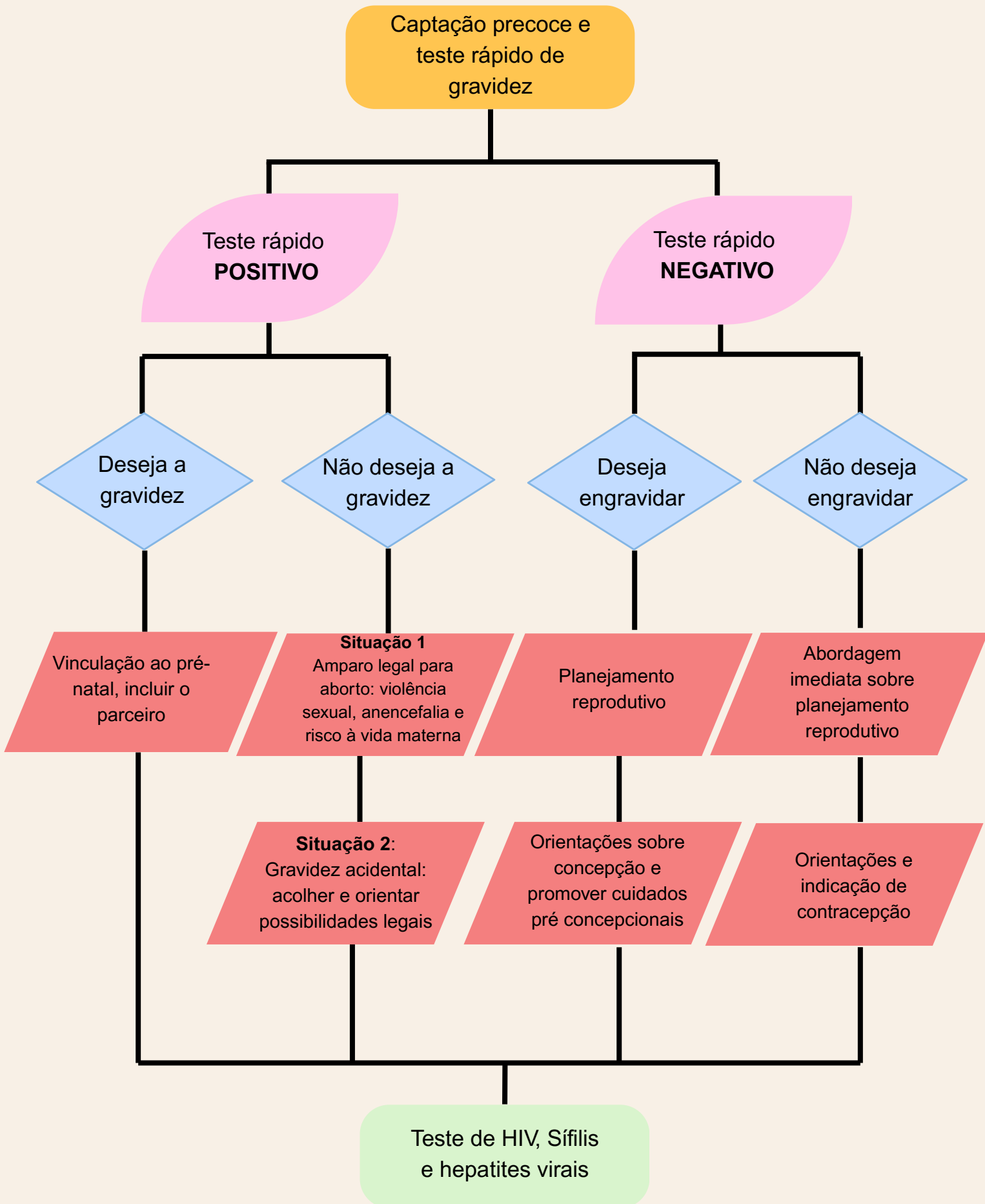
Após confirmada a gestação com teste rápido de gravidez ou Beta-HCG, a equipe da APS deve abrir o pré-natal, fazer a estratificação de risco gestacional e realizar as ações pertinentes a cada grupo de risco (habitual, intermediário e alto) conforme pormenorizado nas seções seguintes.

Nas situações de gravidez indesejada, a equipe deve fazer orientações pertinentes a cada situação. Nos casos de gravidez acidental a APS deve iniciar os cuidados de pré-natal o mais precocemente possível e orientar a possibilidade de entrega para adoção ou de manutenção da gestação para vinculação à família.

A interrupção legal da gestação (ILG) está prevista em lei e é permitida para três situações, segundo o Código Penal e a ADPF 54: **1)** gestação decorrente de violência sexual; **2)** situações em que a gestação represente risco de morte à mulher; **3)** gestação de feto anencéfalo.

Para casos de **violência sexual** o manejo recomendado está contido na [Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em situação de violência sexual](#) e no **Fluxograma 2**. Vale destacar que as consequências psicológicas, sociais e biológicas decorrentes da violência sexual são enormes, sendo necessário acolhimento multiprofissional e que resguarde os direitos e desejos das vítimas mulheres, adolescentes e crianças. A APS é o local de preferência para acolhimento e seguimento dessas pessoas até o atendimento hospitalar, no entanto os profissionais de saúde dos outros níveis de atenção também devem estar preparados para orientar as vítimas em relação aos seus direitos e as alternativas possíveis para manutenção ou interrupção da gravidez, de acordo com as normativas vigentes - [PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014](#) e [PORTARIA Nº 2.561, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020](#). Os encaminhamentos aos serviços hospitalares de referência para a ILG (**Quadro 3**) devem ser precedidos de contato telefônico para os alinhamentos necessários.

Fluxograma 1 - Fluxograma de acolhimento às mulheres com suspeita de gravidez na APS.



Fonte: Adaptado de Curso Cuidado Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde/IFF-Fiocruz.

Acesse também:
FLUXOGRAMA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA PARA INTERRUPTÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

Para os casos de risco de vida à gestante e de anencefalia é necessário a produção de relatórios médicos comprobatórios destas condições clínicas e referenciamento aos hospitais habilitados para a ILG no Estado. Em ambas as situações a mulher deve ser acompanhada na APS e nos Ambulatórios de Atenção Especializada - Pré-natal de alto risco tanto para constatação e produção de relatórios necessários quanto para acompanhamento multiprofissional, com profissionais da psicologia, enfermagem e da assistência social, entre outros.

Quadro 3 - Serviços especializados por região de saúde.

Região de Saúde	Município	Estabelecimento de saúde	Código - Classificação
Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago R. Profa. Maria Flora Pausewang-Trindade, Florianópolis - SC (48) 3721-8285 (48) 3721-9140 uasm.huufsc@ebserh.gov.br	165 - 006
	São José	Hospital Regional de São José Dr. Homere Miranda Gomes R. Adolfo Donato da Silva, 126 - Praia Comprida, São José - SC (48) 3721-9700 (48) 3721-9023 hrsi@saude.sc.gov.br	165 - 006
Medio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antonio R. Itajaí, 545 - Vorstadt, Blumenau - SC (47) 3231-4000 (47) 3231-4001 saude@blumenau.sc.gov.br	165 - 006
Nordeste	Joinville	Maternidade Darcy Vargas R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC (47) 3461-5700 mdv@saude.gov.br getecmdv@saude.sc.gov.br	165 - 006

3.2.2 Estratificação do Risco Gestacional

A estratificação de risco gestacional tem como objetivo predizer quais mulheres possuem maior propensão a enfrentar complicações de saúde durante a gravidez. É imprescindível que a estratificação de risco seja realizada desde o primeiro atendimento à gestante e que seja reavaliado a cada consulta, tendo em vista a dinamicidade desse período e a possibilidade do surgimento de novos agravos, garantindo que o atendimento seja ajustado conforme o risco gestacional mude ao longo da gravidez (Santa Catarina, 2022a). Para tal, é preciso ter conhecimento sobre os fatores de risco e questionar a cada consulta sobre novos sinais e sintomas que possam indicar doenças no binômio mãe-bebê. (Brasil, 2013)

O Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional de Santa Catarina, atualizado recentemente e disponível no site da SES, orienta que a estratificação seja feita utilizando um sistema de pontuação por fator de risco, em que o somatório final deverá orientar a conduta da APS e o seguimento indicado para cada situação (**Quadro 4**).

Quando identificado alto risco essa gestante deve ser encaminhada ao ambulatório de atenção especializada de pré-natal de alto risco (AAE/PNAR) de referência, seguindo as especificidades de acesso de cada região de saúde, onde será acompanhada por equipe multiprofissional e especializada em concomitância ao seguimento pré-natal na APS. As gestantes de risco habitual (baixo) e médio (intermediário) seguirão até o final da gestação com a equipe da APS, havendo possibilidade de realizar teleconsultoria para ambos os casos com Médicas(os) de Família e Comunidade via Saúde Digital - UFSC e de encaminhamento ao AAE/PNAR se necessário. (Santa Catarina, 2025)

A utilização da estratificação de risco gestacional é fundamental, pois permite maior eficiência na alocação de recursos, visando garantir equidade no cuidado ao disponibilizar tecnologias adequadas às necessidades de cada gestante no momento ideal (Brasil, 2022a). Para tal recomenda-se como boa prática nas consultas de pré-natal o uso do **Checklist de Estratificação de Risco Gestacional (Anexo B)**. Ao ser identificado alto risco gestacional, o Checklist deve ser encaminhado junto com a Caderneta de Gestante, o que garante o reconhecimento dos fatores de risco prontamente pelo profissional que fizer o acolhimento desta gestante no AAE/PNAR.

Acesse o Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional - 3a edição - acessando a aba “Manuais e Publicações” na página da [SES/SC](#)

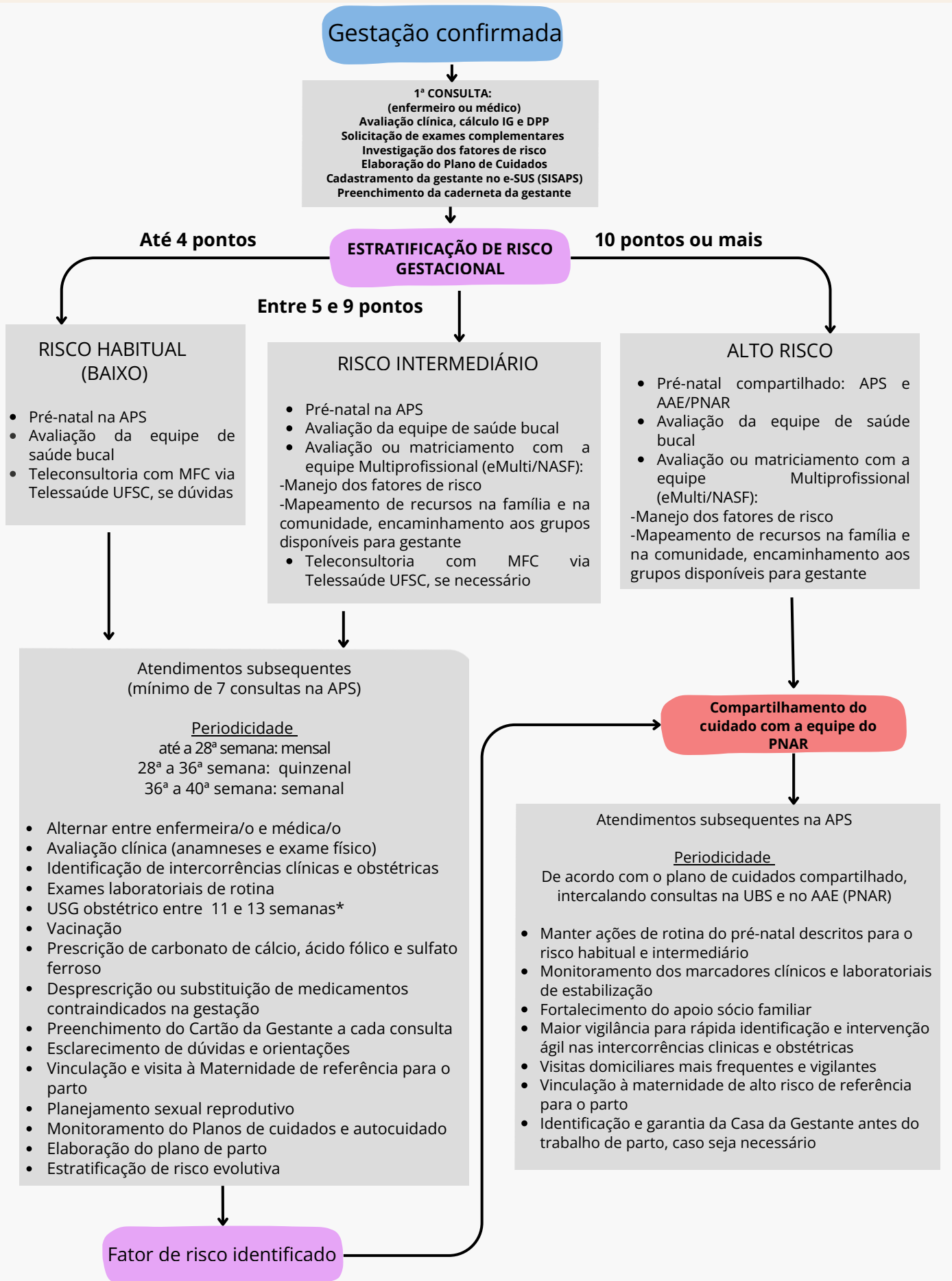
Acesse o [Protocolo de Regulação estadual ao AAE/PNAR](#)

Quadro 4 - Estratificação de risco e foco do cuidado.

Pontuação dos fatores de risco	Estrato de risco	Pré-natal	Foco do cuidado
Até 4 pontos	Risco habitual (baixo)	Pela equipe da APS	<ul style="list-style-type: none"> • Bem-estar da gestante, do bebê e da sua família • Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas • Educação em saúde e fortalecimento da capacidade de autocuidado
Entre 5 e 9 pontos	Risco intermediário	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none"> • Mitigação dos fatores de risco • Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco • Educação em saúde e fortalecimento da capacidade de autocuidado • Fortalecimento do apoio sócio-familiar
10 pontos ou mais	Alto risco	Compartilhado entre equipe da APS e da AAE	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilização clínica • Vigilância para detecção precoce de agravos relacionados aos fatores de risco e morbidades • Fortalecimento do apoio sócio-familiar • Suporte direto à gestante e à sua família

Fonte: adaptado de SBIAE, 2019.

Fluxograma 3 - Seguimento de rotina Pré-natal de acordo com estratificação de risco gestacional.



*se não for realizado nesse intervalo, sugerido realização entre 18 e 22 semanas

3.2.3 Pré-natal de Risco Habitual

A APS tem papel central na atenção à saúde das gestantes de risco habitual (baixo), pois todo o seguimento pré-natal e puerperal será feito nas Unidades Básicas de Saúde, salvo as situações de mudança de estrato de risco e nas intercorrências que demandam atendimento em unidades de urgência e emergência. A primeira consulta médica e de enfermagem deve ser abrangente e contextualizada, de modo que seja possível a construção de um plano de cuidados individualizado ao final do atendimento. É fundamental que os profissionais da APS sejam acolhedores, promovam a escuta qualificada e utilizem de comunicação empática para assim criar uma vinculação positiva da gestante com a UBS e evitar abandonos de seguimento.

É esperado que durante o acompanhamento de pré-natal sejam realizadas no mínimo sete consultas intercaladas entre enfermeiras(os) e médicas(os). A abordagem para as gestantes de baixo risco prevê o uso de estratégias e ferramentas para promover o bem estar da gestante, do bebê e da sua família, com foco em ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e mitigação de fatores de risco oportunistas. (Brasil, 2016; SBIAE, 2019)

A frequência das consultas de pré-natal são assim distribuídas:

- Mensalmente até a 28ª semana de gestação;
- Quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana;
- Semanalmente entre a 36ª e 41ª semana.

Deverá ser abordado na entrevista clínica inicial das gestantes:

Dados de identificação: nome, idade, naturalidade, procedência remota e atual, cor/raça, escolaridade, religião/crenças, estado civil;

Percepção sobre situação atual de saúde - investigar ideias, medos, desejos e expectativas em relação à gestação;

Pesquisa de sinais ou sintomas comuns à gestação (Quadro 5)*

Pesquisa de sinais e sintomas de alarme que possam indicar gravidade (Quadro 6)*

Data da última menstruação (DUM), cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)**

Histórico de gestações, partos e abortos, uso de método contraceptivos, desejos e expectativas em relação ao parto;

Relações afetivas e outras redes de apoio sócio-familiar e comunitária - se tiver um companheiro(a) investigar aceitação da gravidez, nível de estresse do casal, violências prévias ou atuais;

Condições de moradia: saneamento básico, casa própria ou alugada, quantidade de pessoas vivendo na mesa casa;

Situação ocupacional (empregada ou desempregada), jornada de trabalho, trabalho informal, e exposições de risco (estresse, agentes físicos, químicos ou biológicos);

Suficiência da renda familiar e se recebe algum benefício governamental (ex.: Programa Bolsa Família);

Atividades física: tipo, frequência e grau de esforço;

Histórico Nutricional: peso e altura antes da gestação, hábito alimentar (pesquisar por consumo excessivo de sódio, gorduras e açúcares, alimentos processados e ultraprocessados) e histórico de doenças nutricionais (sobrepeso, obesidade ou desnutrição) ou transtornos alimentares

Tabagismo, uso de álcool e outras substâncias tóxicas (lícitas e ilícitas): para fumantes avaliar se pensam em parar de fumar, se sim apoiar a decisão e estimular abordagem multiprofissional; para as demais substâncias investigar padrão de uso anterior e atual e estimular [redução de danos](#);

Antecedentes clínicos e cirúrgicos;

Antecedentes ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno;

Histórico familiar de doenças crônicas ou doenças gestacionais em familiares de primeiro grau (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, gemelaridade, distócias intraparto, doenças infecto-contagiosas);

Medicações de uso contínuo - atenção para os medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valproico);

Situação vacinal - solicitar carteira de vacinação e indicar atualização (Figura 4)

* Abordar em todas as consultas

** Use a data do primeiro dia de sangramento da última menstruação (DUM) para calcular idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP). Anote no cartão de pré-natal. Se DUM incerta, use data aproximada e altura uterina (AFU), para cálculo. Se ≤ 13 semanas, agende/solicite USTV, se disponível. Se tem USG com < 24 semanas, use DPP calculada pelo USG.

Caso não seja possível explorar todas as informações contidas no quadro acima no primeiro atendimento, poderá ser abordado nas consultas subsequentes.

Quadro 5 - Sinais e sintomas típicos da gravidez, fisiopatologia e orientações às gestantes.

Sinais e sintomas típicos da gravidez	Fisiologia	Orientações às gestantes
Náuseas e Vômitos	Alterações hormonais (hCG e estrogênio elevados)	Fracionar refeições, evitar jejum prolongado, preferir alimentos secos; manter hidratação; indicar sintomáticos se ausência de sinais de alarme; se persistente, avaliar hiperêmese gravídica.
Pirose (azia)	Relaxamento do esfíncter esofágico inferior e compressão gástrica	Refeições leves e fracionadas; evitar deitar após comer; elevar cabeceira da cama; evitar café e alimentos gordurosos.
Constipação intestinal	Ação da progesterona e compressão intestinal	Aumentar a ingestão de líquidos e fibras; estimular atividade física leve; orientar sobre hábitos intestinais regulares.
Cãimbras	Compressão nervosa, deficiência de cálcio ou potássio	Alongamentos, banhos mornos e hidratação; se persistente indicar avaliação médica.
Edema em membros inferiores	Compressão venosa e retenção de líquidos	Elevar pernas ao descansar; evitar permanecer em pé por longos períodos; avaliar sinais de pré-eclâmpsia se edema súbito.

Varizes	Dilatação venosa e aumento da pressão venosa pélvica	Elevação dos membros, evitar cruzar pernas; uso de meias elásticas; orientar repouso lateral esquerdo.
Lombalgia	Alterações posturais e frouxidão ligamentar	Orientar posturas corretas, evitar peso excessivo, realizar alongamentos; uso de cinta materna se necessário.
Polaciúria (micção frequente)	Compressão vesical	Orientar esvaziar bexiga com frequência; evitar restrição de líquidos; avaliar ITU se disúria.
Leucorreia fisiológica	Aumento da vascularização e secreção vaginal	Manter higiene íntima adequada, usar roupas leves; se odor fétido, prurido ou coloração anormal, investigar vaginite e ISTs.
Epistaxe (sangramento nasal)	Hiperemia e fragilidade vascular nasal	Umidificar o ambiente; evitar assoar o nariz com força; orientar uso de soro fisiológico nasal. Se persistente ou em grande volume, avaliação médica.
Cansaço e sonolência	Alterações hormonais e aumento do volume sanguíneo	Incentivar repouso adequado e sono regular; investigar anemia se persistente.
Dispneia leve	Elevação do diafragma	Reassegurar à gestante quanto à fisiologia; orientar posições confortáveis; avaliar e investigar se dispneia moderada e intensa ou acompanhada de outros sintomas.
Alterações mamárias (tensão, dor, aumento)	Estímulo hormonal e aumento glandular	Orientar uso de sutiã de sustentação; evitar manipulação excessiva; higiene adequada.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

As orientações do quadro acima têm caráter educativo e preventivo, devendo ser complementadas com avaliação clínica médica individualizada sempre que os sintomas forem persistentes ou acompanhados de outros sinais e sintomas que indiquem quadro patológico.

Quadro 6 - Situações clínicas de indicam atendimento de urgência e emergência obstétrica.

- Hiperêmese gravídica (vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento oral ou com desidratação)
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Anemia grave ($Hb < 6,0g/dL$) ou sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão)
- Sinais de insuficiência respiratória aguda (dispneia ou falta de ar, cianose, $SatO_2 \leq 90\%$ ou $FR \geq 30ipm$)
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão
- Crise hipertensiva ($PA \geq 160/110mmHg$) ou hipotensão arterial ($PA < 90 \times 60mmHg$)
- Sinais premonitórios de eclampsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria)
- Eclampsia/convulsões
- Hipertermia (temperatura axilar $\geq 38^\circ C$), na ausência de sinais ou sintomas de infecção das vias aéreas superiores
- Infecção por sífilis em gestante com alergia à Penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de Neurosífilis
- Suspeita de trombose venosa profunda (dor intensa em membro inferior associado a vermelhidão e edema localizados)
- Dor abdominal intensa / suspeita de abdome agudo
- Suspeita ou diagnóstico de pielonefrite (dor lombar ou no flanco, febre e sintomas urinários)
- Suspeita de infecção ovular ou corioamnionite (temperatura $\geq 38^\circ C$ com dor abdominal ou corrimento/líquido vaginal fétido)
- Prurido gestacional/icterícia
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta e placenta prévia)
- Ruptura prematura de membranas (perda súbita/jorro de líquido vaginal claro ou transparente sem contrações e com < 37 semanas)
- Trabalho de parto prematuro (contrações dolorosas com < 37 semanas)
- Gestação a partir de 41 semanas

Fonte: Santa Catarina, 2025

Figura 4 - Recomendação vacinal para a gestantes.



Gestante (gestante e seu bebê, até o nascimento)

A vacinação é uma forma segura de proteger a gestante e o bebê contra doenças graves. Na primeira consulta do pré-natal é importante atualizar a Cartão de Vacinação e planejar as próximas doses indicadas.

Ao Saber da Gravidez

Vacina Hepatite B (3 doses, conforme histórico vacinal)

Doenças evitadas: hepatite B e D

Vacina dT (3 doses, conforme histórico vacinal)

Doenças evitadas: difteria e tétano

Vacina Influenza Trivalente (1 doses por temporada)

Doenças evitadas: gripe influenza

Vacina covid-19 (1 doses a cada gestação)

Doenças evitadas: causas graves e óbitos causadas pelo vírus SARS-CoV-2

Vacina Febre Amarela (1 dose, em casos excepcionais, conforme histórico vacinal)

Doenças evitadas: febre amarela

Obs: A vacina contra febre amarela pode ser recomendada para gestantes quando há alto risco de contrair a doença e não é possível adiar a vacinação, isso vale para quem vive ou vai viajar para áreas com transmissão ativa, sempre após a avaliação do serviço de saúde. Para viajantes, a vacina deve ser tomada pelo menos 10 dias antes de viajar.

A partir da 20 semanas de gestação

Vacina dTpa (1 doses a partir da 20ª semana gestacional a cada gestação)

Doenças evitadas: difteria, tétano e coqueluche

Vacina vírus sincicial respiratório (VSR) A e B (recombinante) (1 dose a partir da 28ª semana, sem restrição de idade materna.)

Doenças evitadas: formas graves de doença do trato respiratório inferior associados ao VSR em crianças menores de 6 meses de idade mediante a vacinação de gestantes.

Fonte: MS, 2025.

O **exame físico** durante o pré-natal deve ser realizado em todas as consultas e deve conter minimamente avaliação de dados antropométricos, sinais vitais e avaliação obstétrica abdominal (**Quadro 7**). O exame das mamas deve ser feito no primeiro atendimento para identificação de doenças que possam comprometer a lactação e o aleitamento materno, e poderá ser repetido no surgimento de sinais e sintomas relacionados. A avaliação das extremidades deve acontecer nos três trimestres de gestação, principalmente para avaliação de edema, o qual pode indicar complicações gestacionais como a pré-eclâmpsia. Os outros sistemas (por exemplo cardio respiratório e genitourinário) deverão ser avaliados de forma direcionada e contextualizada ao histórico de comorbidades e queixas atuais da paciente.

Quadro 7 - Rotina de exame físico do pré-natal para a APS.

Tipo de exame	O que e como avaliar?	Parâmetros de normalidade e recomendações para anormalidades
Antropometria	Peso, altura, índice de massa corpórea.	<p>Baixo peso: IMC <18 Kg/m² Sobrepeso: IMC 25-29,9 kg/m² Obesidade: IMC 30 – 39,9 kg/m² Obesidade grau 3: IMC ≥ 40</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso: <ul style="list-style-type: none"> - verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros. - orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF/e-Multi. • Excesso de peso: <ul style="list-style-type: none"> - verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF/e-Multi • Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento com intervalos menores, apoio do NASF/e-Multi e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
Sinais vitais	Pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, pulso e temperatura.	<p>Pressão arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se PA ≥ 160/110: repita/confirme e maneje/encaminhe com urgência • Se PA ≥ 140/90 e < 160/110 e tem dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: considere pré-eclâmpsia grave • Se PA ≥ 140/90 e < 160/110 e sem sintomas: faça teste rápido urinário, se disponível, ou solicite exame de urina (PU) para verificar proteinúria. Avalie resultado no mesmo dia: se proteinúria, provável pré-eclâmpsia: encaminhe no mesmo dia; Se sem proteinúria, investigue HAS gestacional: repita PA mais 2 vezes, com intervalo de > 4 horas. • Se 2 medidas ≥ 140/90, confirme HAS gestacional: prescreva metildopa, solicite HMG, TGO, TGP, creatinina e discuta/encaminhe. • Oriente paciente retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal.

<p>Exame obstétrico abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Palpação obstétrica: identifica a situação (longitudinal, transversa e oblíqua) e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) • Medida da altura uterina a partir de 12 semanas de gestação <p>Como fazer: após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino; útil para determinação aproximada da idade gestacional;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF) <p>Audível com sonar doppler a partir de 12 semanas. Verificar: ritmo, frequência, regularidade. Contar número BCF durante 1 minuto.</p>	<p>Palpação obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - A situação transversa e a apresentação pélvica após 36 semanas de gestação pode trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para avaliação na maternidade de referência. <ul style="list-style-type: none"> • Altura uterina - Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar entre os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino; - O que é esperado: <ul style="list-style-type: none"> • 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; • 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18a e 20a semana em geral); • 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; • 20ª até 30a semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; • 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel. - Quando o feto está na situação transversa a medida da altura uterina pode não se relacionar com a idade gestacional; - Traçados persistentes (após reavaliação em 15 dias) acima ou abaixo dos percentis 10 e 90 pode indicar erro na determinação da idade gestacional ou crescimento excessivo ou restrito do feto; reavaliar cálculo da idade gestacional e se necessário encaminhar para avaliação no alto risco. <p>Batimentos cardíofetais</p> <ul style="list-style-type: none"> • A frequência esperada é de 110 a 160 bpm; • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como a não percepção de movimentos fetais.
--	--	---

<p>Mamas</p>	<p>Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo.</p> <p>Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para as condutas nos achados anormais, ver <u>capítulo de Prevenção do câncer de mama</u>.
<p>Extremidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de edema - Inspeção na face e membros superiores. - Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. - Observar varizes e sinais flogísticos. 	<p>Edema</p> <ul style="list-style-type: none"> • (-) ou ausente – monitorar rotineiramente. • (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. • (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. • (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. • Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.

Fonte: adaptado de Brasil, 2016.

Na finalização do primeiro atendimento garantir que sejam feitas as seguintes ações: solicitar exames do primeiro trimestre (**Quadro 8**), indicar suplementação indicadas (**Quadro 9**), orientar atualização vacinal conforme recomendação do Ministério da Saúde, orientar sobre a importância do acompanhamento de pré-natal e a periodicidade de consultas, orientar sinais de alarme para procura de atendimento médico imediato se necessário.

Quadro 8 - Exames laboratoriais do Pré-Natal em cada trimestre.

1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
Hemograma	Hemograma	Hemograma
Tipagem Sanguínea (ABO e Rh)	Teste de tolerância à glicose com 75g, entre 24° e a 28° semana	Glicemia de jejum
Eletroforese de hemoglobina*	Coombs indireto (se gestante Rh -)	Parcial de Urina
Parcial de urina	Toxoplasmose IgG/IgM (se negativo no 1° trimestre)	Urocultura com antibiograma
Urocultura com antibiograma		Teste rápido para sífilis e VDRL
Glicemia de jejum		Sorologia anti-HIV ou teste rápido para HIV
Coombs indireto (se gestante Rh -)		Sorologia para hepatite B (HbsAg) ou teste rápido
Toxoplasmose IgG/IgM		Cultura para pesquisa Streptococcus do grupo B, entre 35-37 semanas quando disponível
Sorologia anti-HIV ou teste rápido para HIV		Toxoplasmose IgG/ IgM (se negativo no 2° trimestre)
Teste rápido para sífilis e VDRL		
Sorologia (HbsAg) ou teste rápido hepatite B		
Sorologia anti-HCV ou teste rápido para Hepatite C		
Sorologia anti-HTLV 1 e HTLV 2		
TSH (para gestantes com fatores de risco **)		
PCR para clamídia e gonococo (para gestante ≤30 anos ou >30 anos com fatores de risco ***)		
Ultrassonografia obstétrica (entre 11 e 13 semanas, se possível)		
Citopatológico de Colo Uterino (conforme calendário de rastreamento)		

* Este exame deve ser coletado no 1° trimestre e pode ser feito de duas maneiras: em conjunto com os exames laboratoriais ou pelo Teste Mãe Catarinense, iniciativa estadual para os municípios catarinenses, conforme deliberado pela 057/CIB/2019, sem custos para a gestão municipal. Para aderir ao Teste Mãe Catarinense, solicite através do e-mail secretaria@fepe.org.br

**Gestante >30 anos, hipotireoidismo e hipertireoidismo, IMC ≥40 kg/m², radiação de cabeça ou pescoço, doença/cirurgia de tireoide, anti-TPO reagente, diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes, abortamento/perda fetal, parto prematuro, infertilidade, ≥2 gestações anteriores, uso de amiodarona ou lítio, administração recente de contraste radiológico iodado, história familiar de doença autoimune da tireoide ou disfunção da tireoide, pessoa gestante vivendo em área com insuficiência de iodo moderada a grave conhecida.

***Novo parceiro(a) sexual nos últimos 60 dias, múltiplos parceiros(as) sexuais simultâneos, parceiro(a) sexual com IST, não uso ou uso inadequado de preservativo, trabalhadoras do sexo, uso abusivo de álcool e outras drogas, HIV positivo, história prévia de IST

Fonte: elaboração própria.

Quadro 9 - Recomendações de suplementação ou profilaxia medicamentosa na gestação.

Suplementação ou Profilaxia	Indicação e dosagem
Ácido fólico	<p>Início pré-concepcional (mínimo um mês antes da concepção, mas idealmente três meses antes da concepção) até o final da gravidez.</p> <p><u>Dose recomendada:</u> Solução oral 0,2mg/ml: 40 gotas ao dia. Comprimidos 5mg: 1 comprimido uma vez ao dia.</p>
Sulfato ferroso	<p><u>Sulfato ferroso profilático:</u> para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação até o terceiro mês pós-parto e/ou pós abortamento.</p> <p><u>Sulfato ferroso terapêutico:</u> em casos de anemia materna em qualquer época da gestação.</p> <p><u>Dose recomendada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia: sulfato ferroso 40mg de ferro elementar ao dia. Preferencialmente administrado longe das refeições e com suco cítrico. • Tratamento: 40-160mg de ferro elementar ao dia, a depender da gravidade da anemia.
Ácido Acetilsalicílico(AAS)	<p>Início a partir da 12ª semana de gestação até 36 semanas para as mulheres com fatores de risco para pré-eclâmpsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se UM fator de alto risco: episódio prévio de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, obesidade (IMC > 30 kg/m²), hipertensão arterial crônica, diabetes tipo 1 ou 2, doença renal, doença autoimune (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide) e gestação decorrente de reprodução assistida. - Se DOIS fatores de risco moderados: nulipridade, história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmãs), condições socioeconômicas desfavoráveis, raça/cor preta ou parda, idade ≥ 35 anos ,gravidez prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, parto prematuro, bebê com baixo peso) e intervalo > 10 anos desde a última gestação. <p><u>Dose recomendada:</u> AAS 100mg/dia - Tomar 1 comprimido 1 vez ao dia, todos os dias.</p>
Cálcio	<p>Prescrição universal - para todas as gestantes - a partir da 12ª semana até o parto. Pode ser prescrita por enfermeiras(os), nutricionistas e médicas(os).</p> <p><u>Dose recomendada:</u> Carbonato de cálcio 1250mg (500mg de cálcio elementar) - Tomar 2 comprimidos de manhã em jejum ou a noite, todos os dias. Ingerir com 2 horas de intervalo após uso do sulfato ferroso.</p>

É fundamental que a equipe da APS solicite os exames do terceiro trimestre em tempo adequado (a partir de 28 semanas de gestação), **assegurando que os resultados estejam disponíveis em tempo oportuno** para uma adequada tomada de decisão clínica, para possibilitar o diagnóstico e o tratamento de condições como a sífilis, garantindo que possíveis intervenções ocorram antes do parto (SBIAE, 2019).

As equipes de saúde da APS devem atuar de forma integrada, garantindo o encaminhamento da gestante para a consulta odontológica já no início do pré-natal. Recomenda-se, no mínimo, uma **consulta odontológica** ao longo da gestação, com seguimento conforme as necessidades clínicas identificadas. Além disso, outros profissionais que compõem a eMulti também farão parte do cuidado pré-natal a depender das demandas e necessidades identificadas nas consultas médicas e de enfermagem, que podem contar com apoio de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, entre outros que podem fazer parte da equipe multiprofissional (SBIAE, 2019; Brasil, 2012).

Além dos atendimentos clínicos que devem ser programados durante o seguimento pré-natal, puerperal e de puericultura, é recomendado a organização de **grupos** nas UBS, os quais devem abordar temas ou ações relacionadas ao período gestacional e pós-parto. Esses grupos têm como objetivo reunir gestantes, puérperas e familiares para que possam compartilhar suas dúvidas e vivências com os pares e profissionais de saúde numa abordagem coletiva e complementar ao cuidado individualizado das consultas. Os grupos favorecem principalmente a educação em saúde e esclarecem dúvidas com profissionais capacitados para tal, além de possibilitar trocas de experiências entre os usuários e fortalecimento de redes de apoio alternativas. Sugestões de grupos são: grupos com gestantes, grupos de apoio a amamentação, grupos de pais, grupos de puérperas, entre outros (Gusso *et al*, 2019).

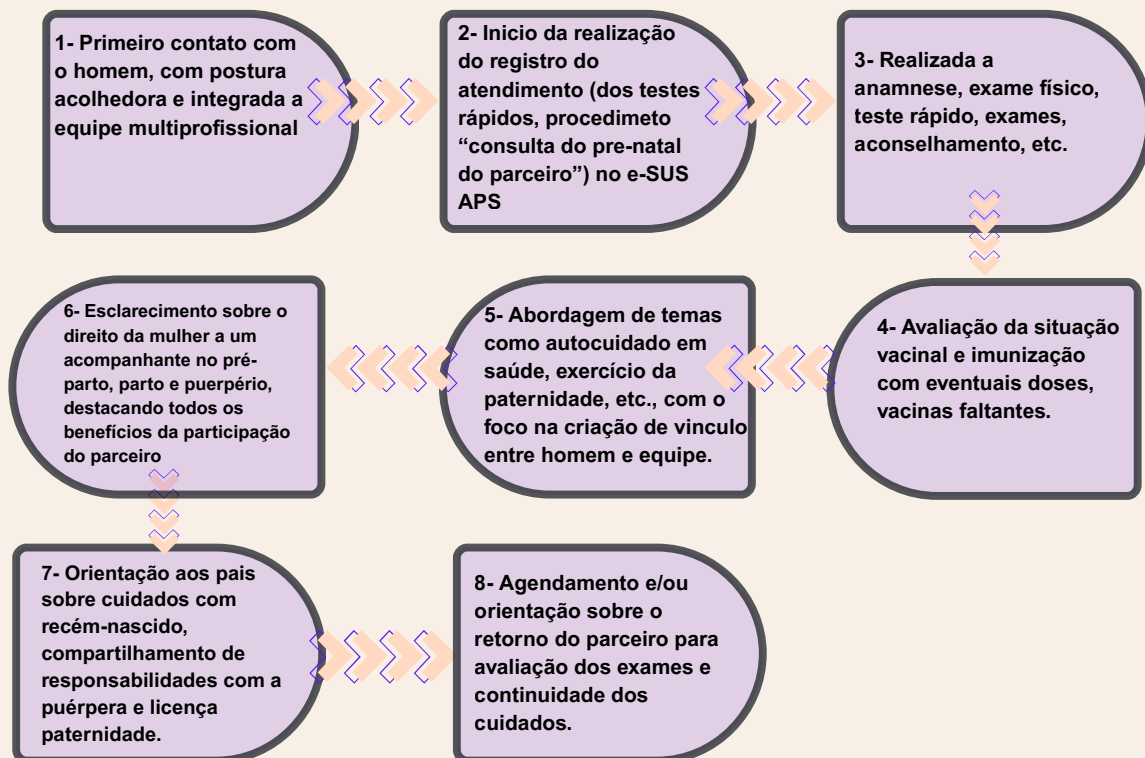
O registro do cuidado pré-natal deve ser feito no prontuário eletrônico (e-SUS ou outros) e também na **Caderneta da Gestante**. A caderneta é um documento oficial fundamental que deve ser preenchido a cada atendimento com informações sobre dados antropométricos (peso, altura uterina) e sinais vitais, além de resultados de exames complementares de cada trimestre, doses de vacinas aplicadas, entre outras. O seu correto preenchimento possibilita a comunicação entre as equipes da APS e outros níveis de atenção, como serviços de média e alta complexidade, possibilitando a transversalidade das ações para um parto e pós parto com menos chances de complicações (SBIAE, 2019; Brasil, 2016).

A APS deverá estimular e orientar as gestantes para uma **visita às maternidades** de referência local o mais precocemente possível. A escolha da maternidade leva em consideração a estratificação de risco gestacional, as pactuações regionais de referência hospitalar, o local de moradia da gestante e a escolha do local mais alinhado ao seu plano de parto.

A maternidade escolhida deve ser o local de atendimento preferencial durante toda a gestação caso haja necessidade de atendimento de urgência e emergência. O encaminhamento aos serviços de atenção secundária e terciária - UPAs ou Hospitais/Maternidade - em casos de intercorrências clínicas deve ser feito por meio de contato telefônico e com carta de referência contendo a justificativa, a caderneta da gestante e exames laboratoriais mais recentes (SBIAE, 2019; Brasil, 2016).

Outro aspecto de relevância na atenção pré-natal é promover o envolvimento ativo e consciente de homens, pais e parceiros(as) em todas as etapas do ciclo reprodutivo — planejamento, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil. A **Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP)**, instituída pelo Ministério da Saúde em 2016, é parte integrante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A EPNP visa transformar o enfoque tradicionalmente voltado ao binômio mãe-bebê em uma abordagem mais ampla, centrada no trinômio pai-mãe-criança. Durante a consulta de pré-natal, são realizados procedimentos de rotina, como testes rápidos, exames e atualização vacinal. Além disso, o atendimento inclui orientações sobre o autocuidado, a paternidade e os direitos dos pais, incluindo a licença-paternidade e o direito ao acompanhamento no parto, garantido pela Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005). A presença do parceiro tem demonstrado benefícios para a saúde materna e infantil, incluindo a redução de sintomas de depressão pós-parto e de índices de violência doméstica (Brasil, 2023).

Figura 5 - Etapas do atendimento pré-natal do parceiro(a).



Fonte: adaptado de Guia de Pré-Natal do parceiro, 2023, MS.

O planejamento familiar também se insere na atenção pré-natal e deve ser discutido ao longo da gestação. O profissional de saúde envolvido no pré-natal deve orientar as gestantes sobre os métodos disponíveis para o pós parto (laqueadura, DIU de cobre ou contraceptivo oral à base de progestágeno), assim como suas contra indicações, e estimular a decisão compartilhada com a gestante para evitar uma nova gravidez no puerpério.

3.2.4 Pré natal de risco intermediário

É definido como risco intermediário aquelas gestantes que têm fatores de risco para complicações, mas que não necessariamente se enquadram no Protocolo estadual de acesso ao Pré-natal de alto risco (PNAR). Entre esses fatores de risco estão as mulheres com os seguintes perfis, características ou hábitos de vida: extremos de idade (abaixo de 15 anos e acima de 40 anos), raça negra (pretas ou pardas), baixa escolaridade (menos que 5 anos de estudo), tabagismo ativo, indícios de sofrer violência, imigrantes, pessoas vivendo em situação de rua, indígenas, quilombolas, baixo peso no início da gestação ($IMC < 18\text{Kg/m}^2$), sobrepeso (IMC entre 25 e $29,9\text{Kg/m}^2$), obesidades grau I e grau II (IMC entre 30 e $39,9\text{Kg/m}^2$). Quando essas situações se apresentam de forma isolada, ou seja, não estão combinadas com outras doenças ou fatores de risco que indiquem seguimento no PNAR, deverão se acompanhadas pela equipe da APS, com apoio de teleconsultoria ou até encaminhamento ao PNAR para avaliação da necessidade de seguimento compartilhado, conforme orientações contidas no Instrumento de estratificação de risco gestacional (Santa Catarina, 2025).

A atenção pré-natal para esse grupo de mulheres deve seguir as mesmas diretrizes presentes na seção anterior, Pré-natal de risco habitual. A particularidade do cuidado está em mitigar os fatores de risco, promover ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco, investir tempo de consulta para educação em saúde sobre os temas de maior dúvida e consequente fortalecimento do autocuidado, além de incentivar o fortalecimento de redes de apoio sócio familiar. Dessa forma, o pré-natal de risco intermediário pressupõe maior vigilância pela equipe, atenção diferenciada às minorias populacionais considerando as vulnerabilidades intrínsecas a estas, e maior envolvimento da eMulti para manejo dos fatores de risco.

3.2.5 Pré natal de alto risco

O cuidado pré-natal de alto risco deve ocorrer de forma compartilhada entre a equipe da APS e a equipe do AAE/PNAR. As gestantes devem ser comunicadas sobre os riscos identificados e orientadas sobre a necessidade de seguimento pré-natal tanto na APS quanto na atenção especializada. Para tal, é imprescindível o conhecimento sobre a realidade da mulher em questão e da sua família, como por exemplo compreensão sobre a importância do cuidado, disponibilidade para as consultas especializadas, apoio sócio-familiar, vulnerabilidades que necessitem apoio para deslocamento, entre outros.

Entre as responsabilidades da APS neste contexto estão:

1. Identificar as gestantes de alto risco a partir da estratificação de risco gestacional;
2. Fazer encaminhamento qualificado ao AAE/PNAR com os conteúdos descritivos mínimos estabelecidos pelo Instrumento de estratificação de risco gestacional de Santa Catarina - 3ª edição e pelo Protocolo de acesso ao PNAR;
3. Manter seguimento de rotina para gestantes na APS (mínimo de 7 consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames indicados para cada trimestre de gestação, atualização vacinal indicada, prescrição das suplementações);
4. Manter vigilância sobre as gestantes de alto risco, realizando busca ativa quando ausência nas consultas programadas, a fim de detectar precocemente agravos relacionados aos fatores de risco e comorbidades conhecidas;
5. Identificar alterações clínicas agudas que demandam atendimento de urgência e emergência e articular deslocamento e acolhimento desta gestante pela equipe do local de destino;
6. Manejar e estabilizar, com apoio de teleconsultoria ou do AAE, condições clínicas já conhecidas e descompensadas ao longo do curso gestacional, até consulta de retorno na atenção especializada;
7. Fortalecer e apoiar a família com possíveis dificuldades enfrentadas na gestação e puerpério.

Entre as responsabilidades do Ambulatório de Atenção Especializada - Pré-natal de alto risco estão:

1. Manejar as condições clínicas ou comorbidades das gestantes visando sua estabilização até o parto e no pós-parto, preferencialmente com assistência multidisciplinar contínua (médico obstetra, enfermeiro ou obstetriz, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista), de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional (**Figura 2**);
2. Elaborar com a equipe multiprofissional o plano de cuidados e o plano de parto (**Anexo C - Modelo Plano de Parto**) e puerpério em consonância com as diretrizes clínicas vigentes;
3. Realizar exames complementares necessários para o monitoramentos das condições em tratamento, como a cardiotocografia e a ultrassonografia (obstétrica, morfológica e com Doppler), além de outros que possam ser necessários;
4. Encaminhar a outros especialistas focais dentro da RAS para tratamento de doenças específicas;
5. Registrar os atendimentos na Caderneta de gestante e no prontuário para que seja possível o seguimento continuado e integral às gestantes em todos os níveis de atenção ;
6. Realizar ações de apoio matricial ou de teleconsultoria com a APS quando solicitados;
7. Promover atividades de educação em saúde para gestantes e seus familiares e acompanhantes;
8. Promover educação permanente das equipes do AAE/PNAR por meio de reuniões para discussão de casos clínicos e capacitações programadas.

A periodicidade das consultas no AAE/PNAR e os profissionais envolvidos no seguimento da gestante serão definidos de forma individualizada, de acordo com o Plano de Cuidados elaborado no primeiro atendimento. A seguir, nos **Quadros 10 e 11**, estão definidos o quantitativo mínimo sugerido de consultas e procedimentos diagnósticos a serem realizados no seguimento das gestantes de alto risco nos ambulatórios de atenção especializada.

Quadro 10 - Parâmetros sugeridos de exames complementares para a gestante de alto risco na atenção especializada.

Procedimentos	Parâmetro
Determinação de Curva Glicêmica (2 dosagens)	1 teste / gestante de alto Risco
Ultrassonografia Obstétrica	2 exames / gestante
Contagem Plaquetas	1 exame / gestante
Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	1 exame / gestante
Dosagem de ureia	1 exame / gestante
Dosagem de creatinina	1 exame / gestante
Dosagem de ácido úrico	1 exame / gestante
Eletrocardiograma	1 exame / gestante
Ultrassonografia Obstétrica c/ doppler coloriado e pulsado	2 exames / gestante
Tococardiografia anteparto	2 exames / gestante

Fonte: Brasil, 2017a; SBIAE, 2019.

Quadro 11 - Parâmetros de assistência multiprofissional às gestante de alto risco na atenção especializada.

Profissional	Parâmetro
Medico Obstetra	5 atendimentos / GAR / ano
Enfermeiro	5 atendimentos / GAR / ano
Psicólogo	5 atendimentos / GAR / ano
Assistente social	5 atendimentos / GAR / ano
Nutricionista	30% dos atendimentos
Fisioterapeuta	1 atendimentos / GAR / ano
Técnico em enfermagem	5 atendimentos / GAR / ano

GAR - Gestante de alto risco.

Fonte: SBIAE, 2019

Para mais informações sobre o cuidado da gestante na atenção ambulatorial especializada, acessar:
<https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>

3.2.6 Pré Natal Odontológico

A atenção à saúde bucal integral, de forma indissociável, o cuidado integral à mulher durante o pré-natal, devendo ser incorporada sistematicamente pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) como componente essencial da linha de cuidado materno-infantil. O acompanhamento odontológico da gestante deve estar orientado pela lógica do cuidado centrado na pessoa, assegurando o acesso universal, o acolhimento qualificado e a continuidade do cuidado ao longo da gestação. De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2018) e das Diretrizes Clínicas para a APS – Tratamento em Gestantes (Brasil, 2022), toda gestante deve ter garantida, no mínimo, uma consulta odontológica durante a gestação, com atendimentos adicionais conforme suas necessidades individuais.

Esse cuidado não deve estar condicionado à presença de queixas específicas, uma vez que as alterações fisiológicas e hormonais próprias da gestação impactam diretamente a saúde bucal e, conseqüentemente, a saúde geral da mulher e do bebê (Brasil, 2006). O aumento dos níveis de estrogênio e progesterona leva à hipervascularização e à maior permeabilidade dos tecidos gengivais, tornando-os mais susceptíveis a processos inflamatórios diante do acúmulo de biofilme dental (Barak; Oettinger-Barak; Machtei, 2003). Associam-se a esses fatores alterações salivares — como redução do pH e da concentração de cálcio e fosfato —, mudanças alimentares e episódios de vômitos, que favorecem o aparecimento de cárie dentária, erosão do esmalte, gengivite e doença periodontal (Salvolini; Giorgio; Curatola, 1998; Montadon et al., 2001).

A doença periodontal merece atenção especial, por estar associada a desfechos gestacionais adversos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia, em função da resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela infecção bacteriana (Monteiro et al., 2012). Assim, o pré-natal odontológico contribui diretamente para a redução de riscos e agravos evitáveis, qualificando o cuidado integral e interdisciplinar.

Apesar da segurança e relevância do atendimento odontológico durante a gestação, a adesão das gestantes ainda é baixa, devido a barreiras estruturais, desinformação, mitos culturais e ausência de encaminhamento precoce (Maeda; Imparato; Bussadori, 2005). Nesse sentido, é fundamental que o **percurso assistencial** da gestante seja claramente estabelecido, com **encaminhamento sistemático** à equipe de saúde bucal desde o primeiro trimestre, garantindo acolhimento, avaliação clínica e intervenções preventivas e terapêuticas, com atendimentos odontológicos resolutivos e acessíveis em tempo adequado.

O cuidado odontológico deve estar articulado ao plano terapêutico do pré-natal médico e de enfermagem, fortalecendo o trabalho em equipe e a integralidade da atenção. Essa integração deve também envolver os demais pontos da rede, inclusive com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para gestantes de alto risco, mediante comunicação efetiva entre os profissionais.

Os agendamentos das consultas odontológicas devem ser realizados de forma programada e integrada ao pré-natal, preferencialmente no mesmo dia das consultas médicas ou de enfermagem, de modo a facilitar o acesso e otimizar o cuidado. A equipe de saúde bucal (eSB) deve acompanhar periodicamente o registro de novas gestações no SISPRENATAL, garantindo o agendamento precoce da primeira consulta odontológica.

O tratamento odontológico é seguro e recomendado em todos os trimestres, respeitando cuidados específicos quanto à posição da paciente, fármacos e radiografias. (Brasil, 2008; Brasil, 2024). O segundo trimestre é o período mais indicado para procedimentos eletivos. Nos casos de gestantes com condições clínicas de risco — como diabetes gestacional ou hipertensão descompensada —, a assistência deve ocorrer em conjunto com o médico responsável, podendo ser referenciada ao CEO, conforme necessidade.

Idealmente, deseja-se que a gestante seja atendida pelo menos uma vez a cada trimestre, com foco na sua Saúde Bucal e também na do bebê, a fim de garantir que as informações necessárias possam ser transmitidas nas consultas de acompanhamento ao longo da gestação. Nos dois primeiros trimestres, as ações concentram-se prioritariamente nos cuidados maternos, enquanto no terceiro o foco se amplia para a saúde bucal do neonato e a preparação da mãe para os cuidados com o bebê. (Politano, 2014)

Além dos cuidados clínicos, a **promoção da saúde e a educação em saúde bucal** devem ser pilares no acompanhamento das gestantes. Ações educativas devem ser dialógicas e contínuas, abordando temas como higiene bucal, alimentação saudável, benefícios do aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, favorecendo o protagonismo da mulher e o vínculo com a equipe. A eSB deverá organizar atividades educativas com a gestante, como grupos operativos, desenvolvidos pelo cirurgião-dentista (CD) e preferencialmente conduzidos pelo auxiliar de saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). A gestação deve ser reconhecida como uma janela de oportunidade para a promoção da saúde e prevenção de agravos, com impacto positivo também na saúde bucal infantil.

Para **orientar e monitorar** esse cuidado, recomenda-se o registro da condição “gestante” na ficha de atendimento odontológico individual no e-SUS APS, conforme o SISAB (Brasil, 2012a). Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu o **Indicador “Cuidado na Gestação e Puerpério na APS”**, que contempla o registro de atendimento odontológico individual à gestante como uma das boas práticas avaliadas. (Brasil, 2024). O monitoramento desse indicador permite planejar ações, qualificar o cuidado e mensurar a adesão das equipes à integralidade preconizada na rede.

Dessa forma, o pré-natal odontológico, integrado à Linha de Cuidado Materno-Infantil, **orienta os serviços** a centralizar o cuidado na mulher e em suas necessidades.

Ao fortalecer a articulação entre os profissionais e os diferentes pontos da rede, contribui para a equidade, a humanização e a continuidade do cuidado no SUS.

- **A saúde bucal no sistema único de saúde:**
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
- **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à saúde: tratamento em gestantes:** https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/diretrizes-clinicas-para-a-aps/diretrizes-abordadas/pratica_odontologica_gestantes.pdf/view
- **Linha de cuidado em saúde bucal:**
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/linhas-de-cuidado-documentos/linha-de-cuidado-em-saude-bucal/download>

3.3 Atenção ao Puerpério

O acompanhamento no puerpério é igualmente importante aos cuidados pré-natais para assegurar assistência às possíveis complicações do puerpério e tratá-las prontamente. Para que isso ocorra de forma dinâmica é preconizado que a maternidade, no momento da alta, faça uma contrarreferência à APS por meio de relatório de alta, o qual deve ser claro e detalhado, e constar os procedimentos, os medicamentos e as possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento. Dessa forma, a APS poderá dar continuidade ao cuidado puerperal com a programação da visita domiciliar e das consultas subsequentes, de modo que sejam realizadas em tempo oportuno (SBIAE, 2019; Brasil, 2016).

Recomenda-se uma visita domiciliar pelo ACS até 48 horas pós-alta hospitalar para todas as puérperas, e em casos de gestação de alto risco ou se o binômio apresentou alguma complicação periparto é recomendado uma visita do ACS com enfermeira(o) nas primeiras 24 horas pós parto. Devem ser programadas duas consultas puerperais com médica(o) e enfermeira(o), a primeira até 7 dias após o parto, podendo coincidir com a consulta de puericultura até o 5º dia de vida (vide fluxograma na seção de Puericultura), e a segunda entre 30 a 40 dias do pós parto (SBIAE, 2019). Após o período puerperal as visitas domiciliares e as consultas devem ser programadas de acordo com a necessidade das famílias, tendo em vista possíveis vulnerabilidades. As mulheres com condições crônicas prévias ou diagnosticadas durante a gestação devem manter o seguimento de rotina para suas patologias, e aquelas sem comorbidades devem ser orientadas em relação ao planejamento familiar e estimuladas ao autocuidado e outras formas de promoção à saúde.

É esperado que a APS promova os seguintes cuidados com as puérperas:

Avaliar o estado de saúde da mulher, considerando seus aspectos físicos e psicossociais;
Identificar complicações* puerperais ou situações de risco e conduzi-las;
Identificar e manejar sintomas de depressão pós parto;
Avaliar, orientar e apoiar o aleitamento materno, visando identificar dificuldades e recomendar a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida;
Apoiar a gestante e a família na organização da rotina durante o período puerperal;
Avaliar a interação da mãe e do pai com o recém-nascido e estimular a vinculação parental;
Orientar o planejamento familiar/reprodutivo.

* pesquisar os seguintes sinais e sintomas: febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção na cicatriz da cesárea ou da episiotomia (se for o caso), tonturas muito frequentes, mamas endurecidas e dolorosas.

Figura 6 - Checklist para avaliação puerperal.



1. **Cuidados com o recém-nascido e amamentação:** avaliar a confiança materna no manejo do bebê, orientar sobre dor, retirada e armazenamento do leite, apoiar o retorno ao trabalho e garantir cuidadores imunizados. Também envolvem discutir fertilidade e contracepção durante a lactação e identificar necessidades de apoio ou encaminhamentos intersetoriais.
2. **Humor e bem-estar emocional:** inclui rastrear depressão e ansiedade, orientar sobre serviços de apoio, investigar uso de tabaco e risco de recaída, e avaliar transtornos relacionados a substâncias com encaminhamento quando necessário. Também envolve acompanhar condições prévias de saúde mental, garantindo suporte especializado e ajustes de medicação.
3. **Recuperação Física após o parto:** inclui avaliar dor perineal ou na cesariana e orientar sobre o processo de cicatrização, investigar possíveis alterações de continência urinária com encaminhamento quando necessário, e fornecer orientações sobre retorno às atividades físicas e retomada gradual de um peso saudável.
4. **Sono e cansaço:** envolve orientar estratégias para lidar com a privação de sono e incluir familiares ou amigos no planejamento para compartilhar os cuidados com o bebê.
5. **Manejo de doenças crônicas:** inclui revisar possíveis complicações da gestação e seus impactos futuros, realizar rastreio glicêmico em mulheres com histórico de DMG, ajustar medicações garantindo compatibilidade com a amamentação e encaminhar para acompanhamento na Atenção Primária ou com especialistas quando necessário.
6. **Sexualidade, contracepção e planejamento sexual e reprodutivo:** inclui orientar sobre retorno à vida sexual e manejo da dispareunia, avaliar o desejo reprodutivo futuro, explicar a importância de evitar intervalos intergestacionais muito curtos e discutir estratégias para prevenir complicações recorrentes. Também envolve selecionar o método contraceptivo adequado às preferências da mulher, incluindo a oferta imediata de métodos reversíveis de longa duração, como o DIU,s e este for o desejo da mulher.
7. **Promoção da Saúde:** inclui revisar e atualizar a vacinação, completar esquemas iniciados na gestação e realizar os rastreios recomendados, como prevenção do câncer de colo do útero e exame pélvico quando indicado.

No Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres você encontra:

- 1) “Quadro-síntese de atenção à mulher no puerpério” (pg.132 a 135)
- 2) “Quadro-síntese de promoção do aleitamento materno” (pg.140 a 143)
- 3) “Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno” (página 144)
- 4) “Intercorrências ou complicações no aleitamento materno” e como manejar cada situação (páginas 145 a 147)

4. ATENÇÃO AO RECÉM NASCIDO E AS CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS

A atenção à saúde da criança inicia ao nascimento com cuidados intrahospitalares e tem continuidade na APS, a qual garante a longitudinalidade e coordenação do cuidado ao longo das demais fases da infância, contando com apoio da atenção especializada (pediatria) em situações de maior complexidade ou gravidade. O cuidado aos recém-nascidos e crianças até os 2 anos envolve ações de vigilância em saúde no território, prevenção de doenças, promoção e assistência em saúde. A Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual define eixos estratégicos norteadores das ações da APS e dos demais níveis de atenção para a saúde das crianças. Esta política dá atenção especial à primeira infância e às populações com maior vulnerabilidade, visando a promoção de condições dignas de desenvolvimento e existência, e a redução da morbimortalidade infantil.

4.1 Cuidado neonatal intra hospitalar

Os cuidados imediatos ao recém-nascido (RN) devem ser realizados por profissional capacitado, que pode ser profissional médico ou médica (idealmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (como enfermeiro obstétrico/obstetrix ou neonatal). (Brasil, 2017)

Essa assistência se inicia ainda nos momentos que antecedem o nascimento e se mantém até que o RN esteja em condições de permanecer junto à mãe, no alojamento conjunto. Quando necessário, o recém-nascido pode ser encaminhado para um setor de cuidado especializado, como a unidade neonatal. (Brasil, 2017)

A avaliação inicial do RN é realizada de forma rápida e sistemática após o nascimento, orientando as ações clínicas imediatas. O cuidado se baseia em dois aspectos importantes que determinam a necessidade de intervenções:

1) Imediatamente após o nascimento, a avaliação rápida da vitalidade do recém-nascido (RN) é prioritária e será realizada por meio da verificação dos seguintes critérios (Brasil, 2012, v. 1):

Gestação a termo?	Ausência de mecônio?
Respirando ou chorando?	Tônus muscular bom?

2) O Escore de Apgar, embora não seja um fator determinante para o início da reanimação neonatal, é utilizado como parâmetro para avaliar a resposta do recém-nascido (RN) às manobras instituídas. Para tal, são pontuados cinco critérios de vitalidade: frequência cardíaca (FC), esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. A determinação da necessidade de reanimação e a avaliação de sua eficácia dependem da avaliação simultânea de dois sinais: esforço respiratório e frequência cardíaca (Brasil, 2012, v. 1).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) disponibiliza duas diretrizes para reanimação do recém-nascido na sala de parto, de acordo com a idade gestacional.

Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto	https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/maio/20/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNigualMaior34semanas-MAIO2022.pdf
Reanimação do recém-nascido < 34 semanas em sala de parto	https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/junho/06/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNmenor34semanas-MAIO2022a.pdf

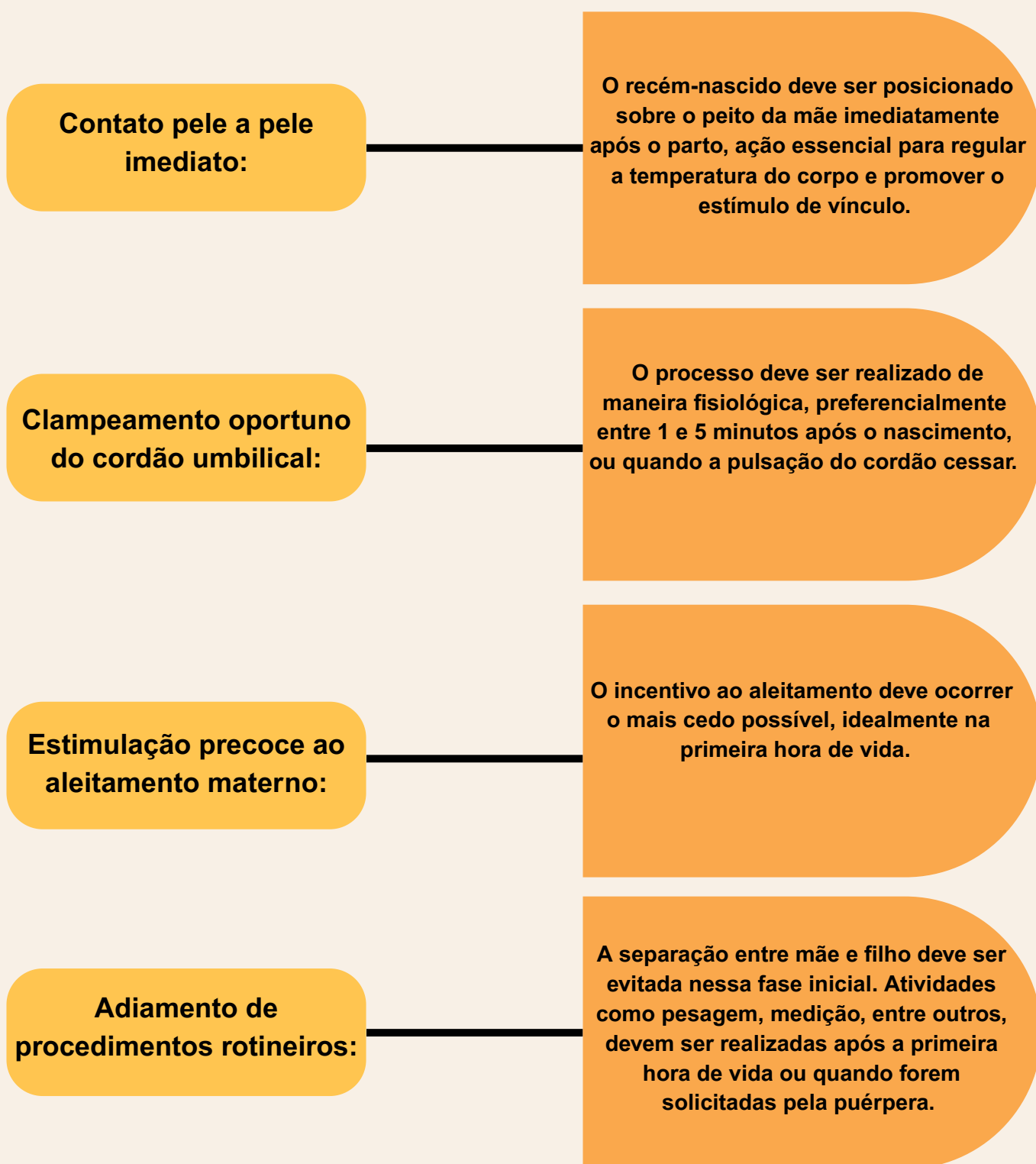
4.2 Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido Saudável

Quando o RN demonstra boa vitalidade ao nascer, a primeira abordagem clínica tem como objetivo o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e na adaptação fisiológica. Dessa forma, é possível adiar os procedimentos de rotina para depois da primeira hora de vida (Brasil, 2017; Brasil, 2014).

4.3 Boas práticas de cuidado imediato ao recém-nascido com boa vitalidade

As boas prática sugeridas para o recém-nascido com boa vitalidade estão contidos na **Figura 7** abaixo.

Figura 7 - Boas práticas de cuidado imediato ao recém-nascido com boa vitalidade.



4.3.1 Estratégias de incentivo ao aleitamento materno

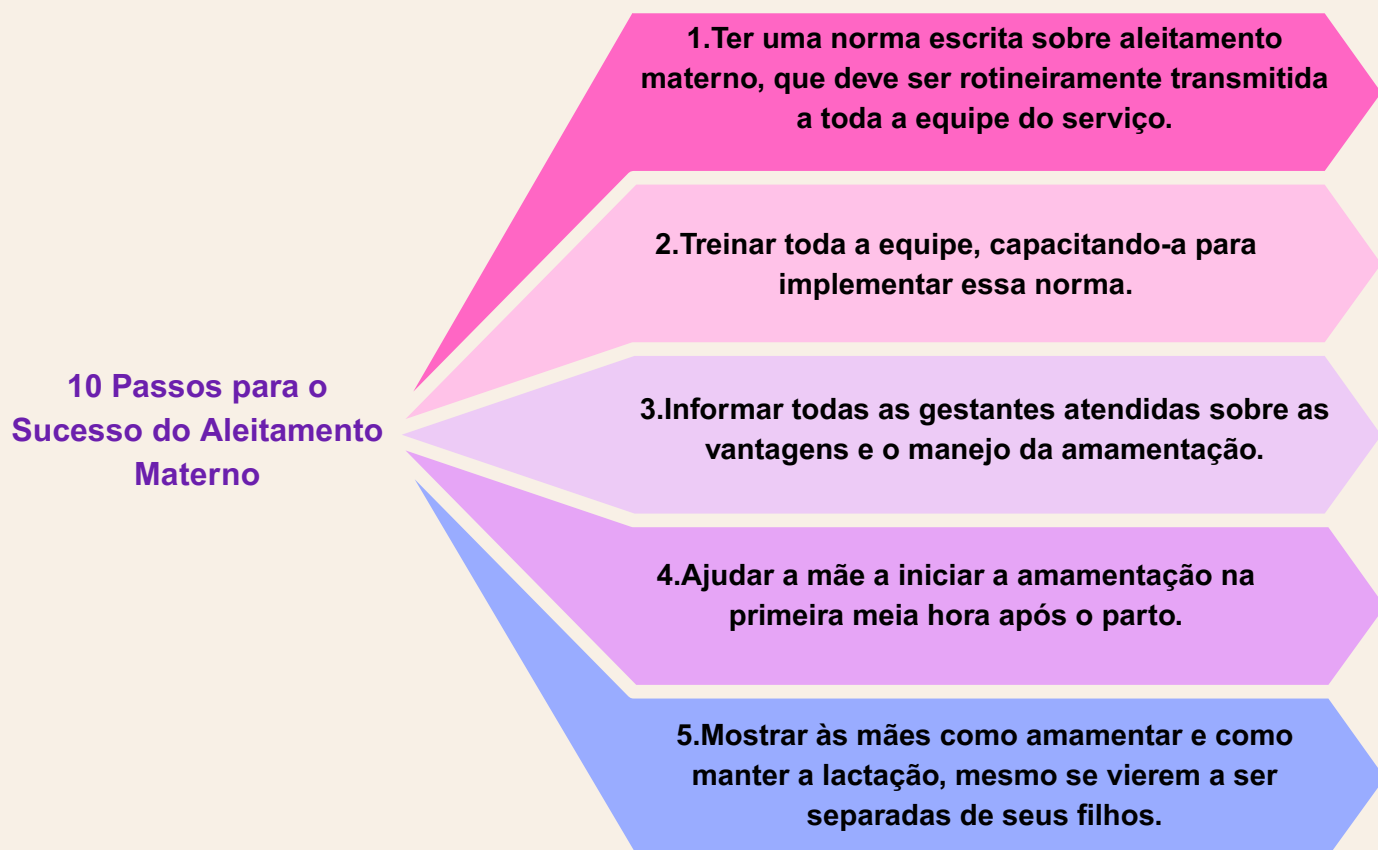
O leite materno contém inúmeros componentes imunológicos e nutricionais que protegem contra infecções, diminuem o risco de diarreia, infecções respiratórias e alergias, além de contribuir para o pleno desenvolvimento físico e cognitivo da criança. (Brasil, 2015)

Estudos demonstram que o aleitamento materno exclusivo poderia evitar até 13% das mortes em crianças menores que 5 anos por causas evitáveis, ressaltando sua importância na promoção da saúde infantil e na prevenção de doenças. Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) adota diversas estratégias de incentivo ao aleitamento materno, previstas em políticas nacionais, programas e normas técnicas. (Brasil, 2015)

• Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tem como principal objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno de forma exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida, e alimentação complementar saudável no momento oportuno. Os “10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” favorecem a amamentação a partir de uma abordagem que inicia ainda no pré-natal e segue até o pós-parto. O conhecimento destes 10 passos pelos profissionais da APS é essencial para o apoio à amamentação exclusiva e para orientar e tirar dúvidas relacionadas ao uso dos substitutos do leite materno. (Brasil, 2011)

Figura 8 - Passos para o sucesso do aleitamento materno.



10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

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

• Mulher Trabalhadora que Amamenta

Parceria entre o MS com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), sendo o seu objetivo apoiar e incentivar mulheres que retornam ao trabalho a dar continuidade à amamentação até os dois anos de idade ou mais, incentivando de forma exclusiva até os seis meses de vida da criança.

4.4 Cuidado neonatal na APS

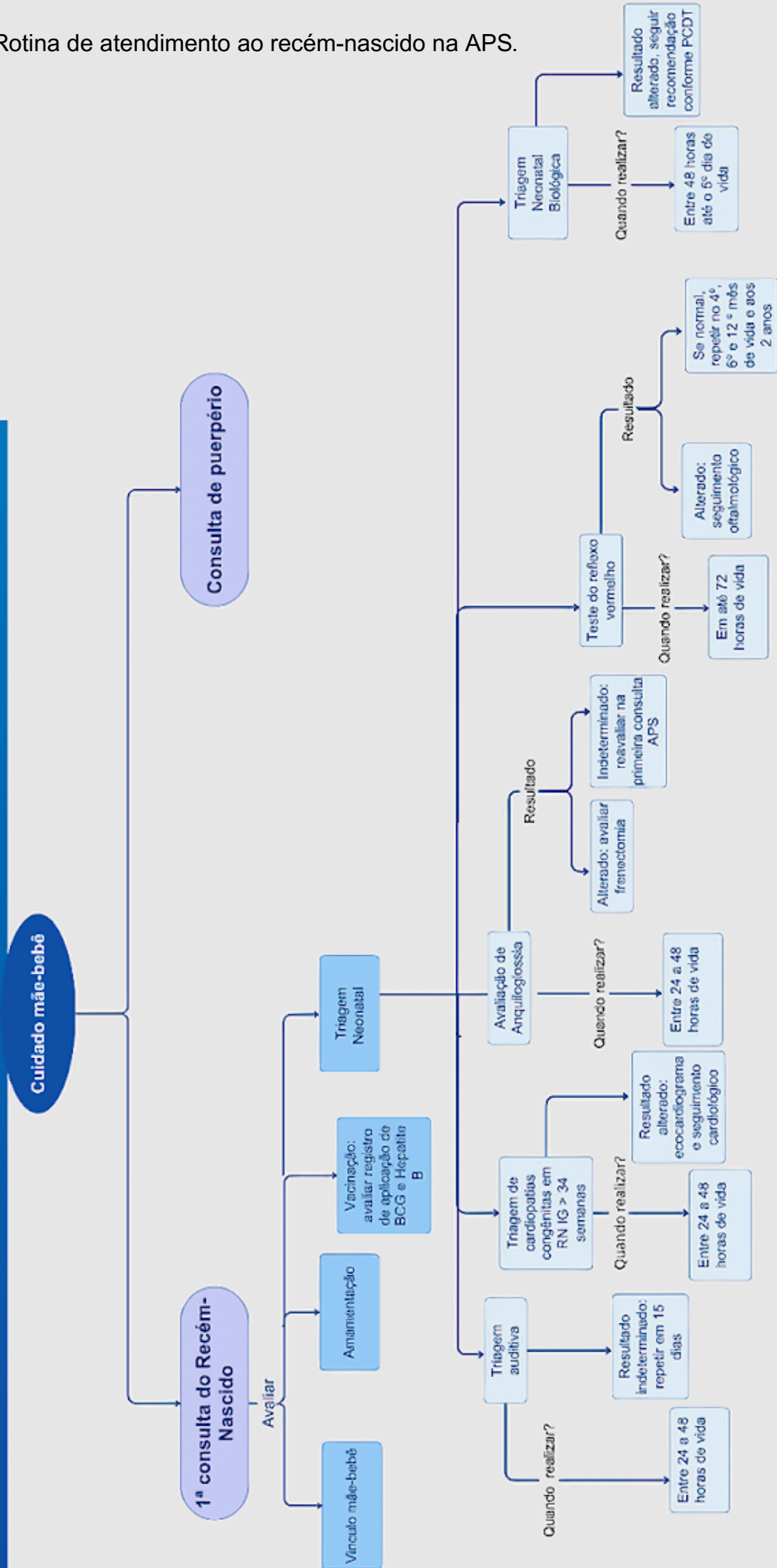
4.4.1 Primeira Consulta de Puericultura na APS

É preconizado que a primeira consulta ocorra, idealmente, na primeira semana de vida do RN, estratégias como o 5º dia integral à saúde e visitas domiciliares, são facilitadoras para estabelecer o vínculo e garantir os cuidados nos primeiros dias de vida. (Brasil, 2012; Brasil, 2018)

O 5º dia de saúde integral consiste na realização da consulta para a puérpera e RN, oportunizando a realização do teste do pezinho e a atualização vacinal, como estratégia de promoção à saúde. Na consulta do RN, que pode ser com médico ou enfermeiro, é feita a avaliação dos dados do nascimento, do ganho pondero-estatural, conforme a seguir (Brasil, 2012):

5º DIA DE SAÚDE INTEGRAL

Fluxograma 4 - Rotina de atendimento ao recém-nascido na APS.



- **Vínculo mãe-bebê:** avaliar o processo de formação do vínculo, essencial para o desenvolvimento emocional e psicológico;
- **Amamentação:** avaliar dificuldades na pega, orientar a técnica de amamentação e estimular a livre demanda;
- **Vacinação:** rever se o RN foi imunizado contra Hepatite B e a BCG, ainda na maternidade, caso isso não tenha ocorrido, orientar sobre sua importância e oportunizar sua realização;
- **Resultados dos testes de triagem neonatal biológica (Teste do Pezinho):** avaliar os resultados dos testes de triagem neonatal incluindo triagem clínica e biológica. Cabe pontuar que é papel da APS a realização e monitoramento dos resultados da triagem neonatal biológica, o chamado teste do pezinho. O exame é realizado através de uma punção no calcanhar, e permite a triagem de diversas condições, como a fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita. O diagnóstico oportuno dessas condições, antes mesmo da manifestação da doença, permite a redução da morbimortalidade. Atualmente, o exame é realizado nos 295 municípios catarinenses, tendo aproximadamente 1256 pontos de coleta. O acompanhamento do número de exames realizados pode ser monitorado pelo painel da Sala de Situação, que permite avaliar o desempenho por município, região de saúde, macrorregião e a nível estadual. Esse painel está disponível no link: <https://atencao primaria.saude.sc.gov.br/testedopezinhos.html> O resultado do Teste do Pezinho é obtido online através do site da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional www.fepe.org.br (FEPE), laboratório responsável pela análise das amostras. Deve ser considerada como uma condição de exceção toda coleta realizada após o 28º dia de vida, consideram-se excepcionalidades as dificuldades de acesso de algumas aldeias indígenas e populações de campo e da floresta, bem como questões culturais e casos de negligência.
- **Exame físico:** O exame físico é realizado de forma completa, de modo a avaliar todos os sistemas, com atenção especial às medidas antropométricas, que incluem peso, comprimento e perímetro cefálico. Para acessar as recomendações completas do exame físico nas primeiras semanas de vida, acesse o Caderno de Atenção Básica nº 33, página 45 (Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento); e
- **Orientações de cuidados aos pais e/ou responsáveis:** orientar e esclarecer dúvidas quanto a higiene, prevenção de acidentes, sono e posição para dormir, além de sinais de alerta, que podem indicar a necessidade de atenção médica imediata, como abaixo.

Categoria	Sinais de alarme
Aspecto Geral	Queda do estado geral, cianose ou palidez, irritabilidade, gemidos
Pele	Icterícia abaixo da cicatriz umbilical, pústulas difusas
Temperatura corpórea	Febre ou hipotermia
Sinais gastrointestinais	Recusa alimentar, vômitos persistentes, sinais de onfalite
Sinais neurológicos	Letargia, convulsões
Sinais respiratórios	Taquipneia ou sinais de desconforto respiratório, como tiragem intercostal e batimento de asa de nariz

Toda consulta programática de rotina da Saúde da Criança deverá ser registrada na **Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania**, que é um livrete fornecido no momento da alta hospitalar e é utilizada pelas famílias e profissionais de saúde com o objetivo de acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança. Além das consultas de rotina, a equipe de APS deve garantir o acolhimento das demandas espontâneas trazidas pelos familiares. (Ministério da Saúde, 2025)

4.4.2 Consultas Subsequentes

O acompanhamento de puericultura envolve a realização de consultas periódicas, seguindo um cronograma preconizado para garantir a vigilância adequada do desenvolvimento infantil. A periodicidade dessas consultas pode variar conforme a condição de saúde e o risco sócio familiar, mas, de forma geral, recomenda-se consultas com **1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses**. Após esse período, o intervalo deve ser anual. (Ministério da Saúde, 2025)

Em todas as consultas os profissionais devem se atentar à alimentação, sono, vacinação, marcos do desenvolvimento, identificação de problemas ou riscos para saúde e imunizações. No exame físico avaliar peso, comprimento e perímetro cefálico, orientar sobre prevenção de acidentes. Observar aspectos da dinâmica e relações familiares, do comportamento infantil, avaliar aspectos referentes à socialização, além da exposição e do uso de telas.

Ao longo de todo o acompanhamento, as consultas devem ser registradas na Caderneta da Criança, nesse mesmo instrumento, os profissionais de saúde podem consultá-la inclusive como apoio instrucional para aplicação de testes de triagem para avaliação de atraso neuropsicomotor, como a **escala M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised)** que foi validado para crianças entre 16 e 30 meses e avalia o risco para transtorno do espectro do autismo. (Ministério da Saúde, 2025)

Na consulta de 6 meses, em que se inicia as orientações de introdução alimentar na presença dos sinais de prontidão, também está indicado o início da suplementação de sulfato ferroso como profilaxia a anemia ferropriva, que deve ser mantida até os 24 meses (Brasil, 2012; Ministério da Saúde, 2021). Também aos 6 meses está recomendada a suplementação de vitamina A até os 5 anos, conforme grupo prioritário de risco para populações em que a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública. Ao nascer, é importante garantir o suprimento de vitamina D, que pode ocorrer por meio da exposição solar ou suplementação oral.

Além do acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família, também é necessário que a criança seja avaliada pela equipe de saúde bucal. No 1º ano de vida da criança recomendam-se duas consultas odontológicas, a primeira consulta quando ocorre a primeira erupção dentária e uma segunda consulta aos 12 meses de idade. Após o 1º ano de vida, a periodização das consultas deve ser definida a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, devendo-se garantir pelo menos uma consulta ao ano.

4.5 Atenção à Saúde Bucal do recém-nascido e da criança de 0 a 2 anos

A atenção à saúde bucal do bebê deve iniciar-se desde o nascimento e integrar-se de forma orgânica à rotina das consultas de puericultura realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa perspectiva, a avaliação da cavidade bucal deve fazer parte do exame físico do recém-nascido, permitindo a identificação precoce de anomalias orais, dificuldades funcionais ou condições que possam interferir na amamentação, na sucção ou no desenvolvimento orofacial (BRASIL, 2020; BRASIL, 2024).

No âmbito da APS, recomenda-se que essa avaliação seja realizada de maneira articulada entre os profissionais da equipe de Saúde da Família, preferencialmente durante a consulta de acompanhamento do recém-nascido, programada até 7–10 dias após o nascimento. Nesse momento, avaliam-se a higidez da mucosa oral, a presença de nódulos, cistos, pérolas de Epstein, candidíase, bem como possíveis alterações estruturais que exijam acompanhamento. Dentes natais e neonatais devem ser avaliados quanto à mobilidade, risco de aspiração e interferência na amamentação, podendo demandar condutas específicas.

A presença de enfermagem, medicina, odontologia e fonoaudiologia, quando disponível na rede, possibilita uma abordagem multiprofissional mais abrangente, especialmente nos casos em que forem observados dificuldade na pega mamária, dor materna, irritabilidade durante a sucção ou ganho ponderal insuficiente. Nesses casos, condutas clínicas e educativas devem ser orientadas de imediato, e, quando necessário, o bebê deve ser encaminhado para avaliação especializada, incluindo o odontopediatra no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2024).

O exame do frênulo lingual (Teste da Linguinha) deve fazer parte da rotina do exame físico neonatal, preferencialmente nos primeiros 30 dias de vida, conforme preconiza a Lei nº 13.002/2014. Recomenda-se a utilização do Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool), conforme orienta a Nota Técnica nº 11/2021 - COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS do Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir a identificação precoce de anquiloglossia, seu adequado manejo e o correto fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação.

Após essa primeira avaliação, recomenda-se que os pais levem seus filhos à primeira consulta odontológica no decorrer do primeiro semestre de vida, preferencialmente até o terceiro mês, período estratégico para o desenvolvimento de ações educativas voltadas ao aleitamento materno, prevenção da cárie dentária, orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, higiene bucal e cronologia da erupção dentária (AAPD, 2025; BRASIL, 2024). A consulta odontológica deverá ser antecipada sempre que alterações forem identificadas no exame inicial ou durante o acompanhamento de rotina.

A puericultura odontológica deve ainda reforçar a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, tanto por seus benefícios nutricionais quanto pelo impacto positivo no desenvolvimento das funções orofaciais — como sucção, deglutição, respiração e início da mastigação — e na prevenção de alterações como respiração bucal e más-oclusões (SANTOS; LOPES, 2019).

Quando houver indicação de mamadeira ou quando hábitos de sucção não nutritiva estiverem instalados (como uso de chupeta e/ou sucção do dedo), a equipe deve orientar os responsáveis quanto aos riscos associados, bem como estratégias de manejo e descontinuação precoce.

As orientações sobre higiene bucal devem ser iniciadas ainda no período pré-eruptivo. Para lactentes edêntulos amamentados exclusivamente ao seio, não há necessidade de limpeza dos rodetes gengivais. A partir da erupção do primeiro dente decíduo, recomenda-se iniciar a escovação com escova de dentes com cabeça pequena e arredondada, com cerdas macias apropriada para a idade e creme dental fluoretado (1.100 ppm), em quantidade equivalente a um grão de arroz cru (0,1g), sempre sob supervisão de pais ou cuidadores. O fio dental deve ser introduzido quando houver contato interproximal entre os dentes. Recomenda-se a realização da higiene bucal duas vezes ao dia, conforme diretrizes nacionais para prevenção e controle da cárie dentária em crianças (BRASIL, 2024b).

O acompanhamento odontológico deve ocorrer ao longo dos primeiros anos de vida, com periodicidade definida conforme a avaliação de risco individual da criança. O registro das consultas deve ser realizado no prontuário, no e-SUS APS e na Caderneta da Criança, reforçando a integração das ações e o monitoramento contínuo do cuidado.

As equipes devem ainda articular estratégias coletivas, como grupos de orientação com pais e cuidadores, visitas compartilhadas e interconsultas no mesmo turno das consultas médicas ou de enfermagem, favorecendo o acesso, a educação em saúde e a integralidade do cuidado. Assim, a puericultura odontológica, integrada às demais ações da Linha de Cuidado Materno-Infantil, contribui para a promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia do desenvolvimento saudável da criança desde os primeiros dias de vida, fortalecendo a coordenação do cuidado e a longitudinalidade típica da APS.

5. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL MATERNA, PERINATAL E DA PRIMEIRA INFÂNCIA

O período pós-parto é uma fase de grandes desafios para a mulher, marcado por mudanças físicas, emocionais e de rotina que frequentemente despertam ansiedade e sentimentos ambivalentes (medo, frustração, ansiedade, sensação de incapacidade). Episódios de tristeza branda são comuns e transitórios, conhecidos como baby blues, mas a discrepância entre expectativas e a realidade vivida, associada aos cuidados com o bebê e aumento das demandas rotineiras, pode agravar o risco de sintomas depressivos persistentes nas puérperas. Portanto, é crucial que a família ofereça apoio contínuo e acolhimento sem culpabilização, e que os profissionais de saúde da APS estejam preparados para identificar precocemente condições de saúde mental de maior gravidade e oferecer o suporte necessário através das RAS por meio de ações intersetoriais e contando com apoio das equipes multiprofissionais (Brasil, 2016).

A saúde mental no ciclo gravídico-puerperal é componente essencial da atenção integral à mulher e à criança. O período envolve intensas transformações hormonais, psicológicas e sociais, exigindo uma rede preparada para acolher vulnerabilidades e promover vínculos saudáveis. A OMS estima que 1 em cada 5 mulheres apresentará algum transtorno mental durante a gestação ou no pós-parto (Febrasgo, 2023). Entretanto, há grupos que requerem atenção diferenciada, como gestantes com deficiência intelectual, transtornos mentais graves e persistentes (TMGP) ou condições neurológicas e cognitivas preexistentes, cujas necessidades de cuidado e apoio psicossocial são específicas (Ministério da Saúde, 2023; Fiocruz, 2023).

O cuidado deve ser centrado na pessoa, articulando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a atenção primária à saúde (APS), atenção hospitalar e serviços de apoio social e jurídico, garantindo equidade, respeito à autonomia e segurança. O cuidado em saúde mental perinatal deve reconhecer a singularidade das mulheres e famílias, especialmente aquelas com deficiência intelectual, transtornos mentais prévios ou condições psicossociais adversas.

A atenção integral, humanizada e intersetorial é a base para romper ciclos de sofrimento e promover saúde mental de duas gerações — mãe e criança.

5.1 Gestantes com Deficiência Intelectual e Neurodivergências

Mulheres com deficiência intelectual, transtorno do espectro autista (TEA) ou outras condições cognitivas podem apresentar maior vulnerabilidade à violência sexual, dificuldade de comunicação de sintomas e menor acesso a informações de saúde (Brasil, 2024).

É essencial adotar estratégias de cuidado inclusivas, acessíveis e intersetoriais, com linguagem simplificada, acompanhamento de familiares e cuidadores de referência, e suporte ampliado durante o pré-natal, parto e puerpério (OMS, 2022).

Deve-se assegurar o direito reprodutivo e à tomada de decisão informada, garantindo o consentimento esclarecido em todas as etapas.

Boas práticas incluem:

- Acolhimento humanizado e planejamento acessível;
- Acompanhamento conjunto entre APS, RAPS e serviços especializados;
- Apoio contínuo pós-parto, com orientação sobre autocuidado e cuidado com o bebê;
- Envolvimento de cuidadores na rotina de puericultura e amamentação

5.2 Gestantes com Transtornos Mentais Graves e Persistentes

Mulheres com diagnóstico prévio de esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão recorrente, transtorno de personalidade ou uso nocivo de substâncias enfrentam riscos aumentados no ciclo gravídico-puerperal, tanto clínicos quanto psicossociais.

Essas gestantes podem apresentar:

- Descompensação do quadro psiquiátrico durante a gestação ou puerpério;
- Baixa adesão ao pré-natal;
- Dificuldades em compreender e seguir orientações terapêuticas;
- Risco aumentado de depressão pós-parto e psicose puerperal;
- Dificuldades no cuidado e vínculo com o bebê (MS, 2023; BVS, 2021; Lima et al., 2024).

O manejo deve ser interdisciplinar e incluir:

- Avaliação psiquiátrica e psicológica regular;
- Discussão sobre manutenção ou ajuste de psicofármacos durante gestação e lactação (considerando riscos e benefícios);
- Articulação da APS com CAPS, maternidades e atenção hospitalar;
- Planejamento do parto e acompanhamento pós-alta com apoio familiar e social;
- Prevenção de situações de negligência, abandono ou violência, com acionamento da rede intersetorial quando necessário.

5.3 Condições Específicas do Período Perinatal

5.3.1 Baby Blues

Transtorno emocional leve e transitório, frequente nos primeiros dias pós-parto, com sintomas de choro fácil, irritabilidade e ansiedade (Fiocruz, 2023). Exige escuta e acolhimento.

5.3.2. Depressão Pós-Parto

Transtorno depressivo maior que pode surgir nas primeiras semanas ou meses pós-parto, com prevalência entre 10% e 20% das puérperas (Ministério da Saúde, 2023). Requer rastreamento ativo e manejo conjunto entre APS e RAPS.

5.3.3 Psicose Puerperal

Emergência psiquiátrica grave, de início agudo, geralmente nas duas primeiras semanas após o parto. Requer encaminhamento imediato e possível internação hospitalar (FEBRASGO, 2023).

5.3.4 Luto Perinatal

O luto é decorrente do rompimento de um vínculo, sendo um processo natural, biopsicossocial, multidimensional e dinâmico. O luto perinatal refere-se à perda fetal, neonatal ou infantil precoce, que pode ser caracterizado desde a perda gestacional, a partir da 22ª semana de gestação, até o 7º dia após o parto. É um luto ainda invisibilizado pela sociedade, pelo fato de o bebê não ter vindo ao mundo fisicamente, ou ter permanecido nele durante um breve período.

Contudo, é um processo que causa desorganização, dor e muitas vezes ansiedade e depressão.

A ausência de reconhecimento e acolhimento adequado agrava o sofrimento e aumenta o risco de depressão e TEPT (Santos, 2025). O cuidado deve incluir escuta sensível, rituais simbólicos de despedida e apoio psicológico. A mulher atravessa mudanças neurobiológicas decorrentes do puerpério, porém, com o colo vazio. O bebê já existia mesmo antes de ser concebido, nos sonhos, planos e expectativas e sendo assim, existem duas mortes: física e simbólica.

A perspectiva do cuidado baseia-se na rede de apoio, que deve estar apta a realizar o acolhimento das emoções, envolvendo desde família, amigos próximos e equipe de saúde. A psicoterapia e os grupos de apoio, podem ser necessários para que a mulher possa elaborar este processo, evitando assim o luto complicado, o qual se estende por 12 meses ou mais e pode afetar as dimensões: física, mental, social e espiritual.

5.3.5. Saúde Mental do Bebê

A saúde mental do bebê é indissociável da qualidade do vínculo e do ambiente emocional familiar. O desenvolvimento afetivo e cognitivo saudável depende da responsividade dos cuidadores, da amamentação, da estimulação sensorial e da estabilidade emocional do ambiente (IACAPAP, 2020; Ministério da Saúde, 2025).

Quadro 12 - Atenção em saúde mental materno-infantil nos diferentes níveis de atenção.

Nível de Atenção	Ações Prioritárias
Atenção Primária à Saúde (APS)	<ul style="list-style-type: none">• Identificar gestantes com deficiência intelectual ou transtornos mentais prévios;• Realizar visitas domiciliares e acompanhamento contínuo;• Reconhecer sinais precoces de sofrimento psíquico;• Articular-se com a RAPS e com serviços de assistência social.
Atenção Especializada / RAPS	<ul style="list-style-type: none">• Garantir acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico contínuo;• Promover o matriciamento e a capacitação da APS;• Planejar o cuidado conjunto com maternidades e APS;• Assegurar acompanhamento no pós-parto e puericultura.
Maternidades / Hospitais	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar e comunicar situações de risco à APS e à RAPS;• Assegurar acompanhante durante o parto e puerpério;• Avaliar o uso de psicofármacos durante gestação e lactação;• Acolher e acompanhar situações de luto perinatal.
Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none">• Acolher crises psicóticas, ideações suicidas ou situações de risco grave;• Articular-se com CAPS III e leitos de saúde mental;• Garantir transporte e encaminhamento seguro.
Rede Intersetorial	<ul style="list-style-type: none">• Integrar ações com Assistência Social, Justiça, Conselhos Tutelares e movimentos sociais;• Assegurar proteção a mulheres e bebês em vulnerabilidade;• Promover ações de inclusão e direitos reprodutivos.

6. COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DOS ÓBITOS MATERNO, INFANTIL E FETAL

6.1 Breve Histórico

O Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal (CEPOMIF) foi instituído mais recentemente pela Portaria nº 156, de 07 de março de 2022, Diário Oficial - SC nº 21.733. de 18 de março de 2022 (Santa Catarina, 2022b). Este comitê é interinstitucional e multiprofissional, possuindo caráter ético, técnico, educativo e de assessoria. Seu principal objetivo é identificar todos os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no Estado, elucidar as circunstâncias desses óbitos e os fatores de risco envolvidos. Além disso, o comitê busca propor medidas de prevenção e intervenção às instituições responsáveis, visando corrigir possíveis distorções e reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal na região.

Os membros efetivos do Comitê incluem representantes das seguintes instituições:

- a) Secretaria de Estado da Saúde;
- b) Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - CCS;
- c) Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - ABENFO;
- d) Sociedade Catarinense de Pediatria - SCP;
- e) Sociedade Catarinense de Obstetrícia e Ginecologia - SOGISC;
- f) Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente - CEDCA;
- g) Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina - COSEMS;
- h) Rede de Promoção ao Desenvolvimento da Enfermagem - Instituto REPENSUL/UFSC;
- i) Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS) - Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul - DSEI/ISUL;
- j) Conselho Estadual dos Direitos da Mulher - CEDIM;
- k) Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina - AHESC;
- l) Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina - FEHOSC.

O CEPOMIF desempenha um papel essencial na coordenação e apoio técnico dos Comitês Regionais, assessorando e acompanhando suas atividades para garantir a efetividade das ações de prevenção e controle das mortalidades materna, infantil e fetal.

Entre suas principais finalidades, destacam-se a identificação dos principais problemas regionais relacionados aos óbitos, a proposição de medidas preventivas, a produção de relatórios detalhados sobre as mortalidades, e a mobilização de gestores para a formulação de políticas de saúde voltadas à redução desses índices no Estado.

Além disso, o CEPOMIF contribui diretamente para que a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) possa avaliar e definir estratégias de saúde pública adequadas às necessidades locais

6.2 Near Miss Materno (NMM)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o near miss materno (NMM) como o caso de mulheres que quase morreram, mas sobreviveram a complicações graves durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gestação. Essas situações refletem falhas ou acertos no sistema de atenção obstétrica, permitindo avaliar a qualidade da assistência prestada antes que ocorra o óbito materno (OMS, 2011).

O estudo e a notificação de NMM integram a estratégia de vigilância da morbimortalidade materna e são essenciais para a melhoria contínua da qualidade do cuidado, especialmente nos serviços de atenção obstétrica e nas redes de urgência e emergência (Say; Souza; Pattinson, 2009).

A OMS propõe três grupos de critérios para identificação de casos, a partir da disfunção orgânica associada a complicações graves, descritos no quadro abaixo:

Quadro 13 - Critérios diagnósticos do *Near Miss* materno.

<p>Clínico</p>	<p>Cianose aguda - gasping, frequência respiratória >40 ou <6/min, choque, oligúria não responsiva a fluídos ou diuréticos, coagulopatia, perda de consciência ≥12 h, perda de consciência e ausência de pulso/ batimento cardíaco, acidente vascular cerebral, paralisia total, icterícia na presença de pré-eclâmpsia.</p>
<p>Laboratorial</p>	<p>Saturação de O₂ <90% por tempo ≥60 minutos, PaO₂ /FiO₂ <200 mmHg, creatinina ≥ 300µmol/l ou ≥ 3,5mg/dl, bilirrubina > 100µmol/l ou 6,0 mg/dl, pH <7,1, lactato >5, trombocitopenia (<50.000 plaquetas), perda de consciência, e presença de gluconato ou cetoácidos na urina.</p>
<p>Manejo</p>	<p>Uso contínuo de drogas vasoativas, histerectomia por infecção ou hemorragia, transfusão de ≥5 unidades, intubação e ventilação por ≥60 minutos não relacionada à anestesia, diálise por falência renal aguda, ressuscitação cardiopulmonar.</p>

Fonte: OMS, 2011.

Embora a maioria das gestações evolua de forma saudável, uma parcela significativa das gestantes enfrenta complicações que variam em gravidade. A OMS categoriza as complicações mais graves como Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida (CPAV), associadas a maior risco de progressão para óbito. Ou seja, as CPAV são aquelas que, sem manejo oportuno, evoluem para NMM ou morte materna. As principais condições estão descritas no **Quadro 14**.

Quadro 14 - Condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV).

Desordens hemorrágicas	Placenta prévia, placenta acreta/increta/percreta, gestação ectópica, hemorragia pós-parto, rotura uterina.
Desordens hipertensivas	Pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hipertensão grave, encefalopatia hipertensiva, síndrome HELLP.
Outras desordens sistêmicas	Endometrite, edema pulmonar, falência respiratória, convulsões, sepse, choque, trombocitopenia <100.000, crise tireotóxica.
Indicadores de manejo	Transfusão sanguínea, acesso venoso central, histerectomia, admissão em UTI, internação prolongada (>7 dias), intubação não anestésica, retorno à sala cirúrgica, intervenção cirúrgica.

Fonte: OMS, 2011.

A aplicabilidade do NMM nos sistemas de saúde tem se consolidado como uma ferramenta essencial para a vigilância e avaliação da morbidade materna e da qualidade da assistência obstétrica. Desde 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) padronizou o conceito e critérios diagnósticos do NMM, além de estabelecer indicadores que permitem o monitoramento dos resultados obstétricos. Estes indicadores não apenas proporcionam uma análise detalhada da qualidade dos serviços de saúde, mas também permitem comparações entre sistemas de saúde ao longo do tempo e em diferentes contextos de atendimento (OMS, 2009).

Entre os principais indicadores desenvolvidos pela OMS para a avaliação da morbidade materna, destacam-se:

Quadro 15 - Indicadores para Avaliação da Mortalidade Materna Grave

Indicador	Descrição	Interpretação/Utilidade
MNMR – Maternal Near Miss Ratio	Número de casos de NMM por 1.000 nascidos vivos.	Mede a frequência de situações graves evitadas com sucesso.
SMO – Severe Maternal Outcome	Casos de NMM + óbitos maternos por 1.000 nascidos vivos.	Expressa o total de desfechos obstétricos graves.
MNM:MM Ratio	Proporção entre casos de NMM e mortes maternas.	Quanto maior, mais efetivo é o sistema em salvar vidas diante de complicações graves.
MI – Mortality Index	Percentual de óbitos entre NMM e MM.	Quanto menor o índice, maior a eficácia da assistência em situações críticas.
MSI – Maternal Severity Index	Probabilidade de morte entre casos de NMM e MM.	Avalia o desempenho dos serviços de saúde na gestão de casos graves
MSS – Maternal Severity Score	Número de marcadores de gravidade identificados por caso.	Indica a complexidade clínica e o risco individual das pacientes.
SMR – Standardized Mortality Ratio	Compara mortalidade observada e esperada entre serviços.	Permite avaliar o desempenho institucional e a qualidade do cuidado obstétrico.

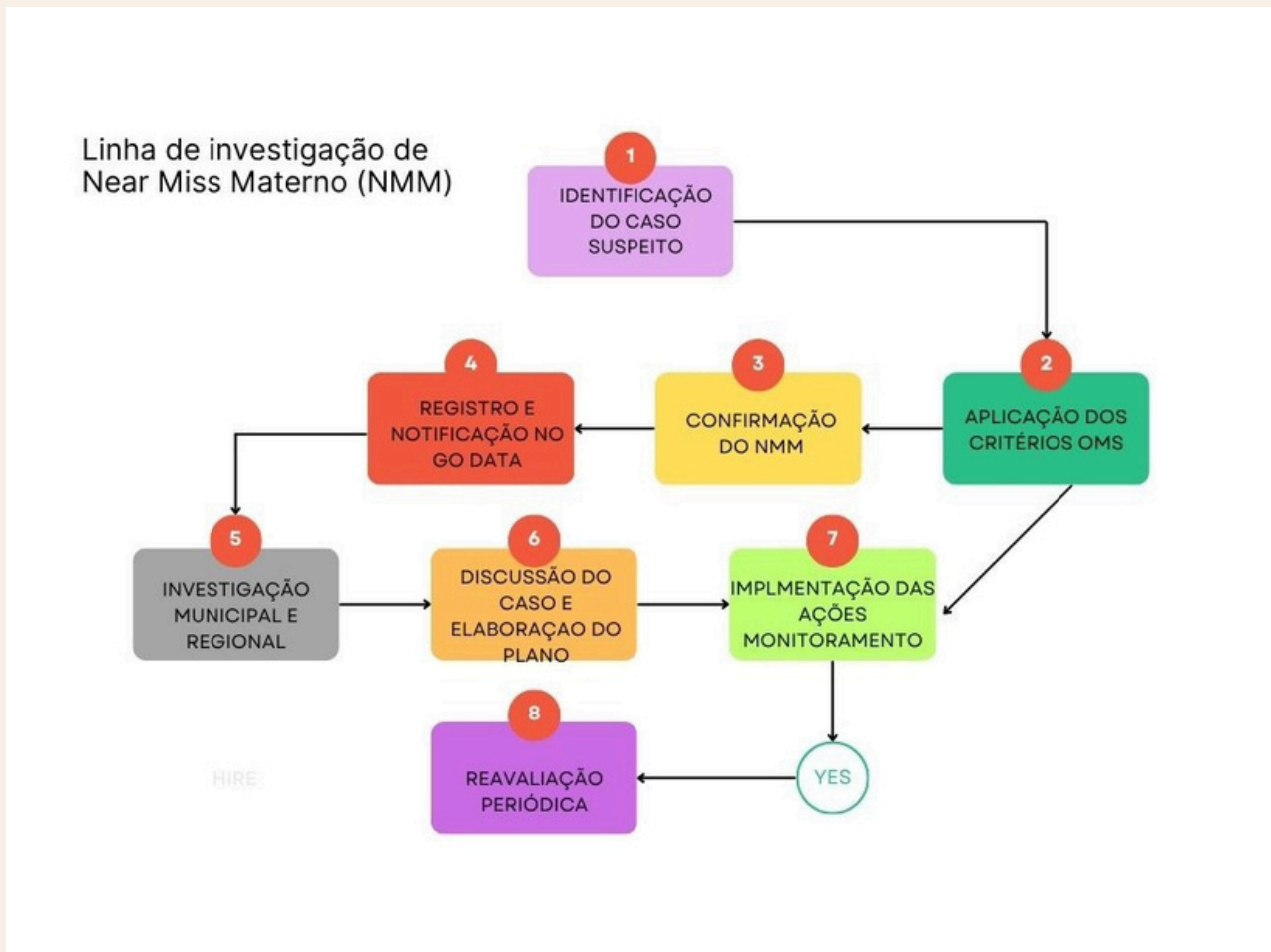
Fonte: Say; Souza; Pattinson, 2009; OMS, 2011.

O Ministério da Saúde incorporou a vigilância de NMM no Go.Data - Módulo de Investigação Near Miss Materno (2025), com base na metodologia da OMS. O sistema permite a coleta padronizada de variáveis sobre:

- Dados pessoais e obstétricos da mulher;
- Histórico da gestação atual e internação;
- Critérios de risco, diagnósticos e desfecho clínico;
- Critérios laboratoriais e de manejo utilizados

A seguir uma proposta de fluxograma para a linha de investigação do near Miss Materno.

Fluxograma 5- Fluxograma para Linha de Investigação do Near Miss Materno.



Fonte: elaboração própria.

Essa padronização nacional favorece a análise regional dos casos, a identificação de falhas assistenciais e o planejamento de ações corretivas, fortalecendo a vigilância e a Rede de Atenção Materno-Infantil. Além de permitir comparações entre diferentes contextos e períodos, o monitoramento do near miss materno consolida-se como uma ferramenta estratégica para aprimorar a qualidade da atenção obstétrica e reduzir a morbimortalidade materna no país.

6.3 Mortalidade Materna

O conceito de morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), refere-se à morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após seu término; independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, exceto devido a causas acidentais ou incidentais. Santa Catarina apresentou uma média anual de 28 mortes maternas no período de 2013 a 2019, e uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) média de 29,6 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (NV). De 2020 a 2022, período que engloba a pandemia de Covid-19, foram identificados 144 óbitos de mulheres no ciclo gravídico puerperal no estado, dos quais 50 foram associados à Covid-19.

Destes, 03 ocorreram em 2020, 46 em 2021 e 01 em 2022. Em 2021 a RMM chegou a 89,1 óbitos a cada 100.000 NV, quando mais da metade das mortes maternas em SC esteve associada a infecção por SARS-CoV-2 (Santa Catarina, 2022c; 2023a).

Mesmo com queda nos números em 2022 (RMM 28,5), possivelmente reflexo da vacinação de gestantes e puérperas com a Covid-19, a morte materna é sempre uma tragédia, considerada evitável em sua maioria, e todos os esforços devem ser realizados para evitá-la. Para melhorar a saúde materna, as dificuldades que limitam o acesso a serviços de saúde de qualidade devem ser reconhecidas e abordadas. Reduzir a mortalidade materna perpassa pela necessidade de reduzir demoras no acesso ao sistema de saúde e em receber cuidado adequado, respeitoso e de qualidade nos serviços.

Vale destacar que, no Brasil, a APS é a porta de entrada, articuladora do cuidado e fomentadora das ações de saúde. Superar os desafios e prosseguir na qualificação da atenção e da gestão em saúde materna e infantil requer resolução dos gestores do SUS, com vistas à garantia dos investimentos e recursos indispensáveis à mudança que potencialize a redução dos óbitos maternos, incluindo os fatores associados à realidade na qual a mulher está inserida (Brasil, 2022b).

6.4 Mortalidade Infantil

Considera-se nascido vivo (NV) todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respira ou apresenta outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta (Montenegro; Rezende, 2015).

A mortalidade infantil é considerada a partir do nascimento vivo, classificada em componente neonatal (quando o óbito ocorre até o 27° dia de vida), e pós-neonatal (quando ocorre entre o 28° e o 364° dia de vida). A mortalidade neonatal pode ser subdividida em neonatal precoce, que vai do nascimento até o 6° dia de vida, e neonatal tardio, do 7° ao 27° (Santa Catarina, 2023b). Santa Catarina apresentou uma média anual de 932 óbitos infantis no período de 2013 a 2022. Desde 2016 tem apresentado Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de apenas um dígito, chegando a 8,7 óbitos a cada 1.000 NV em 2016. Em 2022, foram registrados 962 óbitos de menores de um ano no estado, o que equivale a TMI de 9,8. A maior parte desses óbitos concentrou-se no período neonatal precoce, com 493 casos (51%) (Santa Catarina, 2023b).

Do total de óbitos infantis ocorridos em 2022, 6 a cada 10 foram considerados evitáveis por intervenções do SUS (Santa Catarina, 2023b). No estado, é por meio do SUS que ocorre a grande maioria dos atendimentos às gestantes e aos recém-nascidos.

A qualidade da assistência prestada envolve desde a criação de vínculos e diálogo, até a participação ativa das mulheres no pré-natal, parto e puerpério, o que em conjunto, reduzem as chances da gestante abandonar o cuidado, refletindo diretamente na redução das mortes infantis por causas evitáveis (Dias; Neto; Andrade, 2017).

Santa Catarina mantém-se em vigilância através, principalmente, dos Comitês Estadual e Regionais de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal para a identificação dos determinantes, avaliação dos impactos na mortalidade, contribuição para o aperfeiçoamento das equipes de saúde e melhoria das condições de vida.

6.5 Mortalidade Fetal

A mortalidade fetal se refere ao óbito do produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, ocorrido na gestação com duração igual ou superior a 20 semanas OU com peso fetal igual ou superior a 500 g OU estatura fetal igual ou superior a 25 cm (Brasil, 2022c). Por sua vez, a mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologias que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida (Brasil, 2020).

Santa Catarina registrou uma média anual de 787 óbitos fetais no período de 2013 a 2022, com menor frequência no ano de 2020 (n=761). Em 2022 foram registrados 1.172 óbitos perinatais, isto é, o somatório de óbitos fetais ocorridos a partir de 22 semanas de gestação e os óbitos neonatal precoce, alcançando uma taxa de mortalidade perinatal de 11,9 óbitos a cada 1.000 NV (Santa Catarina, 2023b).

Para a redução da mortalidade perinatal é necessário o reforço de políticas públicas diretamente relacionadas à qualificação da atenção à saúde, assim como investimento em cuidados pré-natais e no nascimento. É assegurado que, com a efetivação da implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, o cuidado pré-natal contempla o grande potencial de salvar vidas, quando garantido à gestante, à criança e à puérpera, o acesso em tempo oportuno ao serviço com o nível adequado de complexidade (Brasil, 2020).

A mortalidade perinatal precisa estar na agenda das ações de saúde do Estado. Nesse sentido, os comitês de prevenção dos óbitos materno, infantil e fetal, que possuem como ação fundamental a avaliação e a definição de recomendações diante das situações identificadas, podem ser uma importante estratégia para análise desses óbitos com as devidas recomendações de melhorias no processo de assistência (Santa Catarina, 2022b).

**Para mais informações sobre a mortalidade materna e infantil em Santa Catarina
acessar: cieges.saude.sc.gov.br**

1 A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é obtida considerando o número de óbitos maternos, a cada 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

7. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS MATERNO INFANTIL

Os indicadores são medidas capazes de mensurar características específicas de uma população em um determinado período. No contexto da rede materna e infantil, o uso de indicadores é essencial para o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, tanto a nível municipal, regional quanto estadual.

Esses indicadores permitem avaliar se as ações implementadas estão sendo efetivas ("Estamos fazendo o que é certo?"), se estão sendo realizadas de maneira adequada ("Estamos fazendo corretamente?") e se há potencial para melhoria contínua ("Podemos fazer melhor?").

O monitoramento desses indicadores é essencial para o gerenciamento da atenção à saúde, possibilitando um acompanhamento detalhado do atendimento prestado à mulher e à criança ao longo da rede de atenção materna e infantil, além de orientar o processo de tomada de decisão para a implementação de novas medidas e estratégias.

7.1 Indicadores de Resultado para a Sociedade

Os indicadores de resultado para a sociedade são fundamentais para medir os impactos diretos das ações de saúde sobre a população materna e infantil. Estes indicadores estão diretamente relacionados aos objetivos estratégicos de redução da mortalidade e ao funcionamento pleno da rede de atenção materna e infantil em todo o Estado.

Objetivos estratégicos relacionados:

- Reduzir a mortalidade materna e infantil.
- Garantir o funcionamento eficaz da rede de atenção materna infantil

Sugestões de Indicadores:

- Taxa de mortalidade materna.
- Taxa de mortalidade fetal, neonatal e infantil¹.

7.2 Indicadores de Processo

Os indicadores de processo são utilizados para avaliar a qualidade e a resolubilidade dos serviços prestados ao longo do ciclo de atenção à saúde materna e infantil. Estes indicadores auxiliam na identificação de possíveis gargalos e na promoção de melhorias contínuas nos serviços oferecidos.

Objetivos estratégicos relacionados:

- Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.
- Implementar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para gestantes e crianças.
- Garantir a vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme a estratificação de risco, assegurando a qualidade e segurança no atendimento.
- Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e o acompanhamento das crianças de risco menores de um ano.

¹ A taxa de mortalidade infantil (TMI) é definida pelo número de mortes de menores de 1 ano de idade para cada 1.000 crianças nascidas vivas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Sugestões de Indicadores:

- Percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal até doze (12) semanas de gestação.
- Percentual de gestantes que realizaram sete (7) ou mais consultas de pré-natal durante a gestação.
- Percentual de gestantes que realizaram exames para HIV, sífilis, hepatites B e C no 1º e 3º trimestre, com avaliação dos resultados em tempo oportuno.
- Percentual de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos.
- Percentual de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco.
- Percentual de puérperas que receberam visita domiciliar na primeira semana do pós parto.
- Percentual de puérperas que tiveram pelo menos uma consulta agendada até o 42º dia pós parto.
- Índice de cesarianas.
- Índice de partos prematuros.
- Percentual de crianças que tiveram o primeiro atendimento de puericultura até a primeira semana de vida.
- Percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo.
- Percentual de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.
- Número absoluto de crianças com sífilis congênita.
- Taxa de internação hospitalar de crianças até 2 anos.

7.3 Indicadores de Gestão

Os indicadores de gestão são essenciais para a avaliação da governança e da implementação de políticas de saúde dentro da rede de cuidados materna e infantil. Estes indicadores monitoram a eficácia das estratégias de governança e da gestão de casos na atenção primária à saúde.

Objetivo estratégico relacionado:

- Consolidar o sistema de logística, apoio e governança da rede de atenção materno infantil.

Sugestões de Indicadores:

- Percentual de gestantes de risco atendidas pela rede de cuidado.
- Percentual de recém-nascidos de risco atendidos pela rede de cuidado.
- Percentual de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede.
- O monitoramento e a avaliação dos indicadores propostos são fundamentais para assegurar a qualidade e a eficácia da linha de cuidados materno infantil.

Os sistemas de informação oficiais do governo como SISPRENATAL, SISAB, SINAN, SINASC, SIM, SIAH, SIA são as referências para levantamento dos dados necessários, assim como o desenvolvimento de pesquisas sistemáticas aplicadas às usuárias da rede.

A utilização desses indicadores permite não só a avaliação dos resultados e processos, mas também a melhoria contínua da gestão, contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil e para a garantia de um cuidado integral e seguro à mulher e à criança.

A implementação sistemática e a análise contínua desses indicadores devem ser vistas como pilares essenciais para a efetivação de políticas públicas voltadas para a saúde materno infantil.

No âmbito das prioridades sanitárias do Plano de Ação Estadual da Rede Materno Infantil – Rede Alyne, e com o objetivo de consolidar as metas e compromissos que nortearão a linha de cuidado e a qualificação da atenção à saúde da gestante, puérpera, bebê e criança nos territórios, foi estruturada a Matriz DOMI (Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Prazos de Execução).

A elaboração da Matriz DOMI considerou as diretrizes da Rede Alyne, bem como as especificidades regionais, epidemiológicas e de capacidade instalada das macrorregiões de saúde do Estado de Santa Catarina.

Cada Região de Saúde deverá incorporar à operacionalização da Rede Alyne um DOMI específico, garantindo a adequação às realidades locais. A Rede Alyne / Rede Materno-Infantil é considerada tema prioritário para a modelagem da Rede de Atenção à Saúde nas Macrorregiões, no contexto do Planejamento Regional Integrado (PRI).

Os indicadores a serem pactuados em cada DOMI, no âmbito do PRI, por Região de Saúde, estão descritos no Plano de Ação Estadual.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

A educação permanente e continuada no contexto da assistência materno infantil desempenha um papel importante na qualificação do cuidado, na adequação do acesso aos serviços de saúde e na redução da morbi-mortalidade materno infantil.

A implementação dessas ações, fundamentada em práticas educativas que visam transformar e aprimorar o processo de trabalho em saúde, é de responsabilidade dos municípios, regionais de saúde e do Estado, e deve ocorrer de maneira contínua e sistemática, levando em consideração as principais demandas das equipes assistenciais, de modo a direcionar os esforços de capacitação e desenvolvimento profissional de forma eficaz.

8.1 Conceitos Fundamentais

- **Educação Continuada** refere-se às atividades educacionais formais que ocorrem após a graduação e que possuem duração definida, tais como cursos de pós-graduação. Trata-se de um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas, que pode ser obtido por meio de escolarização formal, vivências, experiências laborais e participação em eventos institucionais ou externos. Essas atividades são essenciais para manter os profissionais atualizados e capacitados para lidar com as demandas da prática assistencial.
- **Educação Permanente**, por outro lado, é um conceito que se baseia na problematização do processo de trabalho em saúde. O objetivo central das ações de educação permanente é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, com base nas necessidades de saúde das pessoas e das populações. Este modelo educativo busca a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços entre a formação e o exercício do controle social em saúde.

8.2 Ações Recomendadas

- **Treinamentos e Capacitações:** Promover treinamentos regulares que abordem aspectos essenciais do cuidado materno infantil, como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e cuidado neonatal. Estas capacitações devem ser baseadas em evidências científicas atualizadas e adaptadas às necessidades específicas das equipes de saúde.
- **Cursos de Pós-graduação:** Incentivar a participação dos profissionais em cursos de pós-graduação, especialmente em áreas relacionadas à saúde da mulher e da criança. Esses cursos permitem uma atualização contínua e aprofundada dos conhecimentos, contribuindo para a melhoria da prática assistencial.
- **Matriciamentos e Teleconsultorias:** Implementar estratégias de matriciamento e teleconsultorias com especialistas, que permitam o apoio técnico e a troca de conhecimentos entre profissionais de diferentes níveis de atenção. Estas ferramentas são essenciais para aumentar a resolubilidade da APS e garantir que as melhores práticas sejam disseminadas e aplicadas.

Como por exemplo:

1. Teleconsultoria e Matriciamento com médico de família e comunidade
2. Teleconsultoria e Matriciamento com obstetra.
3. Teleconsultoria e Matriciamento com enfermeiro obstetra.
4. Teleconsultorias e Matriciamento com pediatra.

A efetividade das ações de educação permanente e continuada depende de sua continuidade e da integração com as práticas cotidianas dos profissionais de saúde.

Para garantir essa continuidade, é essencial que os gestores de saúde incentivem e assegurem horários protegidos nas agendas dos profissionais, permitindo sua participação ativa nas atividades educativas. Além disso, a avaliação contínua das demandas das equipes assistenciais é necessária para ajustar as ações educativas às necessidades emergentes.

As ações de educação permanente e continuada são pilares fundamentais para a qualificação dos cuidados materno infantis e para a melhoria dos indicadores de saúde. A integração dessas ações na rotina dos profissionais de saúde, aliada ao suporte institucional para sua realização, é indispensável para garantir um atendimento seguro, eficaz e centrado nas necessidades das mulheres e crianças.

9 - FINANCIAMENTO

O financiamento das ações e serviços de saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre de forma tripartite, conforme os princípios da Lei nº 8.080/1990 e da Lei Complementar nº 141/2012, que definem as responsabilidades financeiras da União, dos estados e dos municípios e os critérios de aplicação mínima de recursos próprios. A União, por meio do Ministério da Saúde, é responsável pelo repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, estruturados nos blocos de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Média e Alta Complexidade (MAC). Esses repasses são regulamentados por portarias específicas, como as que instituíram a Rede Cegonha (Portarias nº 1.459/2011 e nº 650/2011) e, mais recentemente, a Rede Alyne (Portarias nº 5.349/2024 e nº 5.350/2024), que orientam a organização e o custeio da rede de atenção à gestante, puérpera e recém-nascido.

O Estado de Santa Catarina, em consonância com sua função de coordenar e apoiar a regionalização da atenção à saúde, aplica recursos próprios, e complementa os repasses federais para fortalecer a rede assistencial. Por meio de deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SC), define critérios e prioridades de investimento e custeio, como a Deliberação nº 500/2014, que destinou recursos para a atenção ambulatorial de gestação de alto risco, e a Deliberação nº 745/2023, que integra o Programa de Valorização dos Hospitais, voltado à ampliação do acesso e da qualidade da atenção hospitalar. Além disso, o Estado apoia estruturas regionais estratégicas, como ambulatórios de alto risco e maternidades de referência, contribuindo para a articulação entre os pontos de atenção da rede.

Os municípios são os principais executores das ações de Atenção Primária à Saúde, com uso da receita própria e utilizando os recursos federais e estaduais transferidos fundo a fundo. Nos territórios, a gestão municipal participa de pactuações regionais e consórcios intermunicipais de saúde, mecanismos que viabilizam o compartilhamento de recursos e serviços para exames, consultas especializadas e atendimentos de maior complexidade, de acordo com a capacidade instalada e as demandas de cada região de saúde.

Essa articulação entre as três esferas de governo garante o financiamento contínuo, compartilhado e regionalmente pactuado da atenção materno-infantil, assegurando a integralidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços em todo o território catarinense.

Na **Quadro 16** estão apresentadas as principais diretrizes e marcos normativos relacionados à organização da rede materno infantil e à distribuição de recursos federais:

Quadro 16 - Portarias que regulamentam o financiamento da Rede Materno Infantil.

Portarias	Título
Portaria nº 1.459/2011	Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha
Portaria nº 650/2011	Plano de Ação Regional (PAR) e municipal da Rede Cegonha
Portaria nº 930/2012	Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 1.020/2013	Casa de Gestante Bebê e Puérpera
Portaria nº 11/2015	Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.
Portaria de Consolidação nº 3/2017	Portaria consolidada que trata das Redes de Atenção à Saúde
Portaria de Consolidação nº 6/2017	Portaria consolidada que trata do Financiamento à Saúde
Portaria nº 3.493/2024	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria nº 5.349/2024	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne.
Portaria nº 5.350/2024	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABO-ODONTOPEDIATRIA. Associação Brasileira de Odontopediatria. **Flúor – a partir de qual idade utilizar.** Disponível em: http://abodontopediatria.org.br/Fluor_partir_de_qual_idade_utilizar.pdf. **Acesso em: 29 out 2024.**

ALVES, C.R.L.; SCHERRER, I.R.S. **Semiologia da criança e do recém-nascido.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Semiologia-crianca-recem-nascido.pdf>. **Acesso em: 05 ago. 2024.**

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Perinatal and infant oral health care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: **American Academy of Pediatric Dentistry**; 2025:337-41.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists.** Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists. Disponível em: <https://www.acog.org/>. **Acesso em: 25 nov. 2025.**

ASSOCIAÇÃO AMADA HELENA. **Cartilha de orientação ao luto parental.** 8. ed. [S.l.]: Amada Helena, 2023. Disponível em: <https://amada-helena.org/cartilha-de-orientacao-ao-luto-parental/>. **Acesso em: 25 nov. 2025.**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria.** São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/>

BARAK, S.; OETTINGER-BARAK, O.; MACHTEI, E. E. Periodontal health and pregnancy. **Journal of Periodontology**, v. 74, n. 9, 2003.

BRASIL. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União. **Portaria SECTICS/MS Nº13, de 3 de abril de 2024.** Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o exame para detecção pré-natal de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 1/2 em gestantes. 2024b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-13-de-3-de-abril-de-2024-551933905>. **Acesso em: 05 ago. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 165 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. **Acesso em: 25 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
Acesso em: 08 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 1: Cuidados gerais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.
Acesso em: 08 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 48 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf. **Acesso em: 25 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança Menina**. Passaporte da Cidadania. 3ªed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão Pós-Parto**. Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>.
Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento Infantil: Primeira Infância**. Brasília, DF: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia>
Acesso em: 17 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Diário Oficial da União. **Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº3, de 28 de setembro de 2017, para dispor a Rede Alyne. Publicado em 13/09/2024, edição 178, Seção 1, página 90. 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. **Acesso em: 13 set. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Nota Técnica nº 1/2024-INCA/DIDEPRE/INCA/CONPREV/INCA/SAES/MS**: nota para os gestores do SUS sobre a mudança do método do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Brasília, DF: INCA, 2024. 2 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota_informativa_sobre_dna-hpv.pdf. **Acesso em: 08 out. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Interrupção gestacional prevista em lei**. Brasília, DF: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/interruptao-gestacional-prevista-em-lei>. **Acesso em: 12 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Método Canguru**. Brasília, DF: MS, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/cuidado-neonatal/metodo-canguru>. **Acesso em: 17 out. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica do Indicador Cuidado na Gestação e Puerpério na APS**. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo PAC Saúde: Centros de Parto Normal**. Brasília, DF: MS, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/novo-pac-saude/centros-de-parto-normal#:~:text=Os%20Centros%20de%20Parto%20Normal,cuidados%20com%20o%20rec%C3%A9m%20nascido>. **Acesso em: 05 ago. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**: diretrizes para ampliação e qualificação do cuidado. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher com Deficiência**. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. **Acesso em: 08 out. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. **Acesso em: 03 mar. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf. **Acesso em: 08 out. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido Método Canguru**. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. **Acesso em: 05 mar. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Diretriz para prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde** : recomendações para higiene bucal na infância/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária.-Brasília : Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. **Acesso em: 17 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica Nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. **Acesso em: 14 nov. 2025.**

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, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. **Acesso em: 08 out. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. **Acesso em: 05 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). ISBN 978-85-334-2290-2. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
Acesso em: 13 nov. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Primária, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
Acesso em: 05 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à **Saúde da Criança** – PNAISC. Versão eletrônica. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. **Acesso em: 28 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>. **Acesso em: 17 out. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: Aula 4: Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 40 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. **Acesso em: 10 out. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestacao-de-alto-risco-manual-tecnico/>. **Acesso em: 05 fev. 2024.**

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 73 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf. **Acesso em: 09 out. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/diretrizes-clinicas-para-a-aps/diretrizes-abordadas/pratica_odontologica_gestantes.pdf/view. **Acesso em: 14 nov. 2025.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal em Porto Feliz, SP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 30 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1087695/12-sintesereduzindomortalidadeperinatalportofelizfinal03abr2020.pdf>. **Acesso em: 21 fev. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/manual-instrucoes-preenchimento-declaracao-obito.pdf>. **Acesso em: 21 fev. 2024.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. **Acesso em: 17 out. 2024.**

BRASIL. Presidência da República [Webpage na internet]. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. **Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês**. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 23 jun. 2014. Edição extra Seção 1, p. 4. [Acessado 14 jun 2024]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1000&pagina=4&totalArquivos=16>. **Acesso em 18 de nov. 2025.**

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Violência Obstétrica: enfrentar para humanizar**. [Florianópolis]: Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <https://defensoria.sc.def.br/cartilhas/violencia-obstetrica-enfrentar-para-humanizar>. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

CURY, J. A. ; TENUTA, L. M. A. **Evidências para o uso de fluoretos em Odontologia**. Odontologia Baseada em Evidências, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 1-18, jan. 2010. Disponível em: <http://www.abo.org.br/noticias-online/noticia114.php>. **Acesso em: 29 out 2024.**

DIAS, B.A.S.; NETO, E.T.S.; ANDRADE, M.A.C. **Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis**: diferentes métodos, diferentes repercussões. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 5, p. e00125916, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mtF7swBk69mZBSdNf8fzpfpc/?format=pdf&lang=pt>. **Acesso em: 09 set. 2024.**

DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

FEBRASGO. **Cerca de 20% das mulheres podem enfrentar transtornos mentais durante a gestação e no período pós-parto**. São Paulo: FEBRASGO, 2023. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1957-cerca-de-20-das-mulheres-podem-enfrentar-transtornos-mentais-durante-a-gestacao-e-no-periodo-pos-parto> **Acesso em: 17 nov. 2025**

FIOCRUZ. **Principais Questões de Saúde Mental Perinatal**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal/> **Acesso em: 17 nov. 2025.**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). **Curso Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://ead.iff.fiocruz.br/moodle/login/index.php> **Acesso em: 11 nov. 2025.**

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. (organizadores). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

HADDAD SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML, et al. Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: a worked example from a Multicentre Surveillance Study. **Biomed Res Int.**, 2014.

IACAPAP. **Assessment of infants and young children**. In: Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2020.

LIMA, T. S. et al. Gestação em mulheres com transtornos mentais graves: desafios do cuidado e estratégias intersetoriais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 24, n. 3, p. 411-422, 2024.

MAEDA, F. H. I.; IMPARATO, J. C. P.; BUSSADORI, S. K. Atendimento de pacientes gestantes: a importância do conhecimento em saúde bucal dos médicos ginecologistas-obstetras. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 53, n.1, p. 59-62, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno Programas Nacionais Suplementação de Micronutrientes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf. Acesso em: 28 nov. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da criança. **Portal Gov.br.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>. Acesso em: 28 nov. 2025.

MONTANDON, E. M.; DANTAS, P. M.; MORAES, R. M.; DUARTE, R. C. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê.** v. 4, n. 18, p. 170-3, 2001.

MONTEIRO, R. M. et al. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de gestantes por trimestre de gestação. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 22, n. 4, p. 90-9, 2012.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J.F. **Obstetrícia Fundamental.** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna.** Montevidéu: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: https://ensino.ensp.fiocruz.br/perfil_de_mortalidade/documents/Avaliacao-da-qualidade-do-cuidado.pdf. Acesso em: 13 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Décima revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10).** Brasília, DF, 1993. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15603>. Acesso em: 21 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Disability, Pregnancy and Parenthood.** Geneva: WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 23(3), p. 287-296, 2009.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Principais Questões sobre Aborto Legal.** [S. l.]: Fundação Oswaldo Cruz, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>. Acesso em: 12 nov. 2025.

ROSS, D. S. **Hypothyroidism during pregnancy:** Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate. [S. l.], Jan 2024.

SALVOLINI, E.; GIORGIO, R.; CURATOLA, G. Salivary changes during pregnancy. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 25, 1998.

SANTA CATARINA. Diário Oficial. SC nº 21.733. **Portaria SES nº 156 de 07 de março de 2022.** Altera e normatiza a organização do Comitê Estadual e Regional de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal - CEPOMIF e dá outras providências. 2022b. Disponível em: <http://www.doe.sea.sc.gov.br/v194/#/portal>. **Acesso em: 17 out. 2024.**

SANTA CATARINA. [Secretaria de Estado da Saúde]. **Diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina.** [Florianópolis]: [SES-SC], [2021?]. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://www.saude.sc.gov.br/images/stories/SUR/DIRETRIZES_2021.pdf&sa=D&source=docs&ust=1730933335977488&usg=AOvVaw0u9TGEEll8xDQzGahSNK9. **Acesso em: 14 nov. 2025.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde.** Florianópolis, [2025]. Disponível em: <https://atencaoprimaria.saude.sc.gov.br/capacidadeinstaladaaps.html>. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 286/CIB/18.** Aprova a Linha de Cuidado Materno Infantil em Santa Catarina. Florianópolis, 28 de novembro de 2018. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2020/11/ATA-da-225%C2%AA-de-novembro-de-2018.pdf>. **Acesso em: 18 out. 2024.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Atenção Primária. **Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional.** 3. ed. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/gerencias-da-aps/gapps/saude-da-mulher>. **Acesso em: 14 nov. 2025.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Near Miss Materno.** Florianópolis, [2025?]. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/doencas-e-agravos/near-miss-materno>. **Acesso em: 13 out. 2025.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Informativo Epidemiológico Barriga Verde.** MORTALIDADE INFANTIL. 2023b. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/mortalidade-materna-infantil/BBV-mortalidade-Infantil-2023.pdf>. **Acesso em: 29 fev. 2024.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Informativo Epidemiológico Barriga Verde.** MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE SANTA CATARINA. Santa Catarina, 2022. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/mortalidade-materna-infantil/Mortalidade-Materna-2022.pdf>. **Acesso em: 21 fev. 2024.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Informativo Epidemiológico Barriga Verde**. MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE SANTA CATARINA. Santa Catarina, 2023a. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/mortalidade-materna-infantil/mortalidade-materna-M-2023.pdf>. **Acesso em: 21 fev. 2024.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Informativo Epidemiológico Barriga Verde**. TRANSMISSÃO VERTICAL. Santa Catarina, 2021. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/transmissao-vertical/Transmiss%C3%A3o%20vertical%202021.pdf>. **Acesso em: 21 fev. 2024.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Santa Catarina: SES, 2022. Disponível em: https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Linha-de-Cuidado-Violencia-Sexual-Atualizada-em-14_11_2022.docx-2-1.pdf. **Acesso em: 12 nov. 2025.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica Conjunta n. 4/2024 - DAPS/DIVE/LACEN/SPS/SUV/SES/SC**: dispõe sobre a implantação do diagnóstico molecular da Clamídia e Gonococo (CT/NG) na rede de atenção (PCDT/IST). Florianópolis, 19 fev. 2024. Disponível em: https://dive.sc.gov.br/phocadownload/notas-tecnicas/notas-tecnicas-2024/NT04_2024.pdf. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e gestão. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado Materno Infantil**. 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-materno-infantil/16121-linha-de-cuidado-materno-infantil-1/file>. **Acesso em: 05 fev. 2024**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. **Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional**. Florianópolis/SC. 2. ed., maio de 2022a. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/manuais-e-publicacoes-ab-aps/20141-instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional/file>. **Acesso em: 05 fev. 2024.**

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Triagem Neonatal**. Florianópolis, 2025. Disponível em: <https://atencao primaria.saude.sc.gov.br/testedopezinhosc.html>. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

SANTOS, Ângela M. dos; LOPES, Beatriz S. **Fatores associados ao aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva na infância:** implicações para o desenvolvimento orofacial. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 329-337, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/journal/rcdh/article/view/157321>. **Acesso em: 08 jul. 2024.**

SANTOS, Manoella Inacio. **Saúde mental materna no contexto de luto perinatal.** 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade La Salle, Canoas, 2025. Disponível em: <https://repositorio.unilasalle.edu.br/handle/11690/4300>. **Acesso em: 25 nov. 2025.**

SAY, L. et al. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, New York, v. 23, n. 3, p. 287-296, jun. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Deliberações – 2018.** Florianópolis: **SES-SC**, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/deliberacoes/deliberacoes-2018?start=40>. **Acesso em: 21 out. 2025.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Nota Técnica 001/2024 DAPS/SPS/SRTN/SES.** Triagem Neonatal. Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://antigo.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/notas-tecnicas-ab-aps/triagem-neonatal/23130-nota-tecnica-001-2024-daps-sps-srtn-ses/file>. **Acesso em: 28 nov. 2025.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Nota COMUSA 2020.** [S. l.]: SBP, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/NOTA_COMUSA_2020.pdf. **Acesso em: 13 nov. 2025.**

SOUZA, J. P.; CECATTI, J. G.; HADDAD, S. M. et al. **The WHO maternal near miss approach and the Maternal Severity Index Model (MSI):** tools for assessing the management of severe maternal morbidity. **Plos ONE.** 2012.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa:** Transformando o Método Clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em: https://www.slowmedicine.com.br/wp-content/uploads/2018/09/STEWART-et-al-2017_Medicina-Centrada-na-Pessoa_-Tr-Moira-Stewart.pdf. **Acesso em: 06 nov. 2025.**

TEIXEIRA, J.A. et al. Estudos sobre a Caderneta da Criança no Brasil: uma revisão de escopo. **Rev. Saúde Pública**, v. 57, n. 48, p. 1-10, 2023. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-57-48/1518-8787-rsp-57-48-pt.x68782.pdf. **Acesso em: 03 out. 2024.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Processo de Trabalho na Atenção Básica**: o processo de trabalho multiprofissional na atenção básica. Florianópolis: UFSC, [2025?]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35090/mod_resource/content/1/un2/top3_1.html. **Acesso em: 10 out. 2025.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, 2011.** Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf. **Acesso em: 3 set. 2024.**

ANEXOS

Anexo A - Práticas Integrativas e complementares indicadas para o período gestacional, puerperal e de puericultura.

PICS	INDICAÇÕES	COMO	QUANDO
Plantas Medicinais e Fitoterapia	Náuseas/Vômitos	Gengibre VO (infusão)	PN / PP (Pt)
	Cólicas Bebê	Camomila, Funcho, Melissa e Hortelã - VO (infusões)	PP (Nn)
Aromaterapia	Estresse, Insônia, Ansiedade/Depressão e Analgesia	Lavanda - inalação/uso tópico de óleos essenciais	PN / P / PP (Pt)
Medicina Tradicional Chinesa	Náuseas/Vômitos	AC - Acupressão ponto PC6, e também AU / MO	PN / P / PP (Pt)
	Analgesia e Melhor Trabalho Parto	AC - diversos pontos	P
	Transtornos de Humor (Ansiedade/Depressão)	AC - diversos pontos	PP (Pt)
Práticas Mente e Corpo	Transtornos de Humor e Melhor Trabalho Parto	Yoga, Tai Chi, Qigong, Massagem e Medicação	PN / P / PP (Pt)
Shantala	Melhora Sono e Choro, Redução Tempo Hospitalização e Ganho Ponderal Bebê. Melhora Transtornos de Humor Cuidadores e vínculo	Massagem do corpo do bebê pelos cuidadores	PP (Pt/Nn)
Musicoterapia	Estresse, Insônia, Transtornos de Humor e Analgesia	Estimulação sonora à música e/ou seus elementos	PN / P / PP (Pt/Nn)

Legendas:

PN - Pré-Natal // P - Parto // PP - Pós-Parto (Pt - Parturiente e/ou Nn - Neonato)

VO - Via Oral

AC - Acupuntura // AU - Auriculoterapia / MO - Moxabustão

PC6 - PeriCárdio 06 (ponto da acupuntura)

Anexo B - Checklist de Estratificação de Risco Gestacional proposto pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.



Ambulatório de Gestaçao de Alto Risco - Regional.



Checklist de Estratificação de Risco Gestacional - Versão 2025

Nome Completo:										Idade:				
Município:														
Data da Consulta														
Pontuação														
Até 4 pontos							Baixo Risco (Risco Habitual)							
5 a 9 pontos							Risco intermediário (com apoio da equipe AAE, se necessário)							
10 ou mais pontos							Alto Risco							
<p>DESCRIPTIVOS MÍNIMOS GERAIS PARA ENCAMINHAMENTO VIA SISREG: Paridade, Data da última menstruação (DUM), Idade gestacional (IG), Data provável do parto (DPP), Antecedentes obstétricos, Antecedentes clínicos, História clínica atual e tratamentos realizados até o momento, Dados relevantes do exame físico (peso anterior à gestação, peso atual, índice de massa corpórea - IMC, pressão arterial, altura uterina, entre outros), Exames laboratoriais recentes e alterações identificadas, USG obstétrica, Histórico de teleconsultorias realizadas.</p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: Caderneta da gestante, Documento de identificação com foto, Plano de cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS), Ficha de estratificação de risco, Cartão do SUS, Cartão de vacinas, Prescrição das medicações em uso, Mapa de monitoramento pressórico (para gestantes com hipertensão arterial), Mapa de monitoramento glicêmico (para gestantes com diabetes), Exames laboratoriais, USG obstétrica (principalmente a primeira realizada), Sumário de alta hospitalar (quando aplicável).</p> <p>IMPORTANTE: Para as usuárias menores de 18 anos, é necessário a presença de um acompanhante.</p>														
CONDIÇÕES INDIVIDUAIS, SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES												PONTUAÇÃO		
Idade menor que 15 anos												2		
Idade maior que 40 anos												2		
Mulher de raça negra (preta ou parda)												2		
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)												2		
Tabagista ativa												2		
Indícios de sofrer violência												2		
Gestante imigrante, em situação de rua ou em comunidades indígenas/quilombolas												2		
Baixo peso no início da gestação (IMC <18)												2		
Sobrepeso (IMC 25-29,9)												1		
Obesidade (IMC > 30 – 39,9)												4		
Obesidade grau 3												10		
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR												PONTUAÇÃO		
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas)												2		
Acretismo placentário												2		
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior												2		
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)												5		
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação												2		
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação												10		
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico e perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).												10		
Óbito fetal de causa não identificada												10		
Incompetência istmo cervical												10		
Psicose puerperal anterior												10		
Descolamento prematuro de placenta												10		
Histórico de cardiomiopatia periparto												10		
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL												PONTUAÇÃO		
Doença hipertensiva da gestação / Pré-eclâmpsia												10		
Diabetes gestacional com necessidade de insulinoterapia												10		

Anexo B - Checklist de Estratificação de Risco Gestacional proposto pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.



Ambulatório de Gestão de Alto Risco - Regional.



Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição de crescimento fetal	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia	10
Polidrâmnio /Oligodrâmnio	10
Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas)	10
Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas	10
Hepatopatias (cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase, esteatose gravídica)	10
Anemia grave (Hb<8) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral)	10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	10
Câncer materno com diagnóstico durante gestação	10
Suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BI-RADS 3 ou mais	10
Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal	10
Gemelaridade	10
Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis resistente à penicilina, AIDS, HIV, HTLV, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase, dengue, Zika, Chikungunya).	10
Condiloma acuminado	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas	10
Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de > 5% peso corporal)	10
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	PONTUAÇÃO
Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia)	10
DM 1 ou DM2 descompensado (encaminhar também à Endocrinologia)	10
Tireoidopatias (hipotireoidismo e hipertireoidismo)	10
Doenças Psiquiátricas graves (psicose, depressão grave)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de: tromboembolismo, AVC, IAM, TEP e TVP; tratamento com anticoagulantes.	10
Cardiopatias com repercussões hemodinâmicas	10
Pneumopatias graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar)	10
Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valpróico).	10
Doença renal crônica (TFG <60 ou terapia de substituição renal)	10
Hemopatias e anemia grave (Hb<8) ou refratária ao tratamento por 30-60 dias	10
Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose)	10
Transplantes	10
Cirurgia bariátrica recente (< 6 meses)	10
Epilepsia	10
Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina)	10
Histórico de conização ou traquelectomia	10
Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou carga viral detectável e/ou CD4	10
TOTAL DE PONTOS	

Anexo C - Modelo de Plano de Parto.

PLANO DE PARTO	
Nome da Gestante:	
Data:	
Nome do Bebê (se já escolhido):	
Acompanhantes:	
Acompanhante Principal:	
Desejo que meu acompanhante esteja presente durante todo o trabalho de parto e parto: () Sim () Não	
Gostaria de ter a presença de uma Doula cadastrada no hospital: () Sim () Não. Nome da Doula:	
Preferências Durante o Trabalho de Parto:	
1. Infusão Venosa e Soro:	2. Uso de ocitocina:
() Prefiro não ter punção venosa (veia "pega")	() Prefiro não ter infusão de soro com ocitocina
() Prefiro ter punção venosa (veia "pega")	() Gostaria de ter para acelerar o parto
() Não tenho preferência	() Não tenho preferência
3. Rompimento Artificial da Bolsa (Amniotomia):	() Prefiro ter somente para auxiliar o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem
() Prefiro não ter a bolsa rompida artificialmente	4. Ruptura Espontânea da Bolsa:
() Gostaria de ter para acelerar o parto	() Gostaria de iniciar a indução do parto após ruptura a bolsa, se não houver contra-indicação
() Não tenho preferência	() Prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto, mas sei dos riscos de prolongar o tempo pós ruptura
() Prefiro ter somente para auxiliar o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem	() Não tenho preferência
5. Indução do Parto:	
() Gostaria de ter meu parto induzido com o método adequado pela equipe obstétrica	() Não tenho preferência
() Prefiro realizar uma cesárea se não entrar em trabalho de parto espontaneamente	() Outra alternativa:
Conforto Durante o Trabalho de Parto:	
1. Alimentação:	2. Movimentação (Deambulação):
() Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos (água, sucos, chás) e alimentos leves (frutas, biscoitos, sopas)	() Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar livremente
() Prefiro ficar em jejum	() Prefiro ficar mais deitada
() Prefiro ver como me sentirei na hora	() Prefiro ver como me sentirei na hora
3. Alívio da Dor:	
() Gostaria de usar métodos não farmacológicos (banho quente, bola de pilates, massagens, técnicas de respiração)	() Gostaria de fazer analgesia obstétrica raqui-peridural
() Gostaria que me oferecessem analgésicos orais ou intravenosos	() Prefiro ver como me sentirei na hora
Durante o Parto	
1. Posição para o parto: () Cócoras () Sentada () Quatro apoios () Semi-sentada () Deitada de lado (posição lateral) () Prefiro ver como me sentirei na hora	2. Força para Empurrar:
4. Episiotomia:	() Prefiro fazer força somente durante as contrações, quando eu sentir vontade
() Prefiro que não seja realizada () Não tenho qualquer oposição à episiotomia	() Gostaria que me orientassem sobre como fazer força na hora
() Gostaria de ser consultada antes da realização da episiotomia, se possível	3. Ambiente:
	() Gostaria que o ambiente fosse tranquilo, com luzes baixas e música suave
	() Gostaria que meu acompanhante colocasse minha música preferida
	() Prefiro um ambiente silencioso
	() Não tenho preferência
	5. Uso de instrumentos:
	() Gostaria que fosse usado fórceps ou vácuo-extrator somente se extremamente necessário
	() Não gostaria que fossem usados fórceps ou vácuo-extrator
	() Não tenho preferência
Caso Seja Necessária uma Cesárea	
1. Preferências durante a Cesárea:	
() Gostaria que o pano/campo cirúrgico fosse abaixado para que eu possa ver o bebê nascer	() Prefiro não ver as partes cirúrgicas do nascimento e que o bebê somente seja mostrado para mim após nascer
() Não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana	() Prefiro que minhas mãos fiquem presas para evitar contato acidental com o campo cirúrgico
() Não tenho preferência	
Cuidados Imediatos com o Bebê:	
1. Contato Pele a Pele:	2. Amamentação:
() Gostaria que meu bebê fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem	() Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora
() Não tenho preferência	() Não gostaria de amamentar
	() Não tenho preferência
Declaração da Gestante:	
O plano de parto expressa meus desejos e preferências para o nascimento do meu bebê. Estou ciente de que, dependendo da situação no momento do parto, algumas escolhas podem não ser possíveis. Nessas situações, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas.	
Assinatura da Gestante:	
Entrega do Plano de Parto:	
O plano de parto deverá ser entregue ao enfermeiro obstetra/obstetriz ou médico obstetra no momento da internação no pré-parto. A entrega deverá ser registrada em prontuário e o plano deverá permanecer anexado ao mesmo.	

Este plano de parto é uma sugestão e serve de apoio para a construção de um plano de parto individualizado e personalizado de acordo com realidade e expectativas da gestante.