agência uneb de inovação

Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno:

A atuação do Agente Comunitário de Saúde

Magna Santos Andrade
Chalana Duarte de Sena Fraga
Tatiane Pina Linhares

Pedro & João editores

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Magna Santos Andrade; Chalana Duarte de Senna Fraga; Tatiane Pina Santos Linhares [Orgs.]; Magna Santos Andrade; Chalana Duarte de Senna Fraga; Tatiane Pina Santos Linhares; Amanda Pereira da Silva; Bárbara Carvalho de Amorim; Jaiane Santos de Oliveira; Sálem Ramos de Almeida; Thaisy Rodrigues de Oliveira

Cuidado à gestação, pós-parto e aleitamento materno: a atuação do Agente Comunitário de Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025. 105p. 21 x 29,7 cm.

ISBN: 978-65-265-1932-5 [Impresso]

CDD – 610

Capa: Marta Valéria Almeida Silva - E-mail: martavaleria@outlook.com
Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828
Diagramação: Marta Valéria Almeida Silva
Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:
Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).

ISBN 978-65-265-1932-5

9 786526 519325 >

Ficha Técnica

Título: Cuidado à gestação, pós-parto e aleitamento materno: a atuação do Agente Comunitário de Saúde.

Origem do produto: Projeto aprovado em Edital n.118/2023, do Programa de Pesquisa Aplicada, Tecnologias Sociais e Inovação (PROINOVAÇÃO), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), intitulado "Tecnologia de cuidado para a atenção à gestação, parto, pós-parto e aleitamento materno".

Área de conhecimento: Saúde Coletiva.

Público-Alvo: Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Categoria desse produto: Livro técnico. Finalidade: Capacitação profissional.

Organização do produto: O Livro técnico, intitulado "Cuidado à gestação, pós-parto e aleitamento materno: a atuação do Agente Comunitário de Saúde", aborda aspectos do ciclo gravídico-puerperal e amamentação, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. A proposta é ampliar o conhecimento dos ACS sobre as temáticas apresentadas, melhorando assim o trabalho realizado por esses profissionais.

Registro do produto: Câmara Brasileira do Livro (CBL).

Disponibilidade: Irrestrita, mantendo-se o respeito à autoria, não sendo permitido uso comercial a terceiros.

Divulgação: Produto acessível gratuitamente no site da editora Pedro e João, URL: https://pedroejoaoeditores.com.br/produto/cuidado-a-gestacao-pos-parto-e-aleitamento-materno-a-atuacao-do-agente-comunitario-de-saude/

Idioma: Português.

Cidade/Estado: Senhor do Bonfim (BA).

País: Brasil.

Ano: 2025

Apresentação

Este livro foi elaborado por professoras e alunas do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Campus VII (Senhor do Bonfim-BA), como parte de um projeto de pesquisa/inovação/extensão financiado através do Programa de Pesquisa Aplicada, Tecnologias Sociais e Inovação (PROINOVAÇÃO) da UNEB, coordenado pela Profa. Dra. Magna Santos Andrade.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel imprescindível na promoção da qualidade da assistência prestada durante a gestação, o período puerperal e o processo de amamentação. Nesse contexto, o presente material visa oferecer subsídios para o estudo e o aprimoramento desses profissionais, contribuindo, assim, para o aperfeiçoamento do cuidado dedicado a essas mulheres.

O livro é composto por cinco capítulos, divididos nos seguintes eixos temáticos: Pré-natal; Sinais de trabalho de parto; Pós-parto; Aleitamento materno; Tecnologia para a melhoria do cuidado.

Todos os capítulos foram construídos com base nas evidencias científicas mais atualizadas, priorizando os tópicos que de fato são relevantes para o trabalho do ACS.

É importante destacar que as orientações para encaminhamentos em casos de urgência/emergência e de início de trabalho de parto aqui apresentadas, seguem as normativas do município de Senhor do Bonfim-BA, local inicial da execução do projeto. Todavia, todo o material pode contribuir para o estudo e aprimoramento do cuidado realizado por ACS das diversas regiões do Brasil.

Para isso, o livro também será disponibilizado gratuitamente no link: https://pedroejoaoeditores.com.br/produto/cuidado-a-gestacao-pos-parto-e-aleitamento-materno-a-atuacao-do-agente-comunitario-de-saude/, com acesso livre para *download*, possibilitando assim a disseminação do conhecimento, independentemente da região de atuação.

Esperamos que os conteúdos aqui apresentados sejam de grande relevância para o aprimoramento do conhecimento científico de cada ACS e contribuam para a melhoria do cuidado à mulher no período gravídico-puerperal.

Magna Santos Andrade
Chalana Duarte de Sena Fraga
Tatiane Pina Linhares
(Organizadoras)

CAPÍTULO 1: CUIDADO AO PRÉ-NATAL

SUMÁRIO

1. Introdução 10
2. Acompanhamento pré-natal 12
3. Caderneta da Gestante 16

3.1 Exames de rotina do pré-natal 16
3.2 Vacinação da gestante 18
3.2.1 Vacina contra a Covid – 19 20
3.2.2 Vacinas contraindicadas 21
3.3 Acompanhamento das consultas de pré-natal 21

4. Queixas comuns da gravidez 22

4.1 Edema (inchaço) 22
4.2 Pirose (azia) 23
4.3 Sangramento gengival 24
4.4 Náusea e vômito 25
4.5 Sialorreia (salivação excessiva) 26
4.6 Dor lombar 27
4.7 Fraqueza e tontura 27
4.8 Dor nas mamas 29
4.9 Obstipação/Constipação ou Flatulência 29
4.10 Corrimento vaginal 30
4.11 Câimbra 31
4.12 Queixas urinárias 32
4.13 Varizes 32

5. Orientação alimentar para a gestante 33
6. Prevenção da anemia na gravidez 35
7. Atividade física durante a gestação 35
8. Avaliação do risco gestacional 36
9. Fatores de risco para o sofrimento mental 37
10. Sinais e sintomas de alerta 38

10.1 Dor ou edema (inchaço) em apenas um dos membros inferiores (direito ou esquerdo) 38
10.2 Dor intensa no flanco (lateral do abdômen) 39
10.3 Ausência ou diminuição de movimentação fetal 40
10.4 Contrações uterinas frequentes e dolorosas antes de 37 semanas 40
10.5 Perda de sangue pelo canal vaginal 41
10.6 Corrimento vaginal não fisiológico 41
10.7 Pressão arterial alta associada a sinais e sintomas de risco 42

11. Considerações finais 44
12. Referências 44

CAPÍTULO 2: SINAIS DE TRABALHO DE PARTO

1. Introdução 51
2.Sinais de trabalho de parto 51

2.1Perda do tampão mucoso 51
2.2 Rompimento da bolsa amniótica 53
2.3 Contrações uterinas 55

3. Atribuição do ACS em relação aos sinais de trabalho de parto 58
4. Considerações finais 59
5. Referências 59

CAPÍTULO 3: ATENÇÃO À MULHER NO PÓS-PARTO

1. Introdução 62
2. Atuação do ACS no cuidado à puérpera 62
3. Rotina da consulta puerperal 65
4. Vacinação no pós-parto 65
5. Métodos contraceptivos utilizados no pós-parto disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 67

5.1 Preservativo interno e externo 67
5.2 Dispositivo Intrauterino com Cobre (DIU de cobre) 68
5.3 Minipílula 69
5.4 Injetável trimestral 70
5.5 Pílula anticoncepcional de emergência 70
5.6 Laqueadura/vasectomia 72

6. Principais complicações no período puerperal 72

6.1 Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia 73
6.2 Hemorragia Pós-Parto 73
6.3 Infecção Puerperal 74
6.4 Tromboembolismo Venoso 74
6.5 Depressão Pós-Parto 74
6.6 Conduta do ACS frente aos sinais e sintomas de alerta 75

7. Considerações finais 76
8. Referências 76

CAPÍTULO 4 - ATENÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

1. Introdução 80
2. Benefícios da amamentação 81
3. Indicadores de amamentação no Brasil 81
4. Produção do leite 82

4.1 Fisiologia 82
4.2 Preparo das mamas 82
4.3 Tipos de mamilos 83

5. Mecanismo da amamentação 84
6. Posições para amamentar 84

6.1 Posições da mãe e da criança na amamentação 85

7. O papel da língua na amamentação 87
8. Como saber se a criança está recebendo leite materno suficiente? 87
9. Intercorrências durante a amamentação 89

9.1 Ingurgitamento mamário 89
9.2 Mastite 91
9.3 Traumas mamilares 91

10. Volta ao trabalho 93

10.1 Orientações para a ordenha 94
10.2 Armazenamento do leite ordenhado 95
10.3 Aquecimento e oferta do leite ordenhado 96

11. Atuação do ACS no manejo da amamentação **96**
12. Considerações finais **97**
13. Referências **97**

CAPÍTULO 5: TECNOLOGIA PARA MELHORIA DO CUIDADO

1. Introdução **101**
2. Aplicativo para a melhoria do cuidado à saúde materna **101**
3. Considerações finais **102**
4. Referências **102**

SUMÁRIO

Capítulo 1

Cuidado ao Pré-natal

Thaisy Rodrigues de Oliveira
Chalana Duarte de Sena Fraga
Sálem Ramos de Almeida
Magna Santos Andrade

agência uneb de inovação
UNEB
Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno:
A atuação do Agente Comunitário de Saúde.

1. Introdução

Cerca de 800 mulheres morrem por dia devido a causas evitáveis relacionadas à gravidez, parto ou pós-parto em todo o mundo. Estima-se que, em 2020, ocorreram 287.000 mortes maternas globalmente. Segundo o Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2022, foram registrados 1.370 óbitos maternos e 70.522 óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil.[1-3]

Morte materna é definida como:

> [...] morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.[4]

A maioria das mortes maternas que ocorrem em países de baixa e média renda, refletem as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e as disparidades socioeconômicas, tanto entre os países, quanto dentro deles.[5] A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu, na agenda de 2015, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo que o quinto objetivo consistia na melhoria da saúde materna.[6]

Para isso, foram propostas as seguintes metas: acesso universal à saúde reprodutiva e redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) em ¾, tendo como parâmetro os valores do ano de 1990, cuja redução em 75%, deveria ser alcançada até 2015.[7-8] A RMM consiste em um indicador que registra as mortes durante a gestação, parto ou puerpério, em relação ao número de nascidos vivos (NV), em um determinado local e período de tempo.[9]

Em 1990, o Brasil apresentou RMM de 141 mortes por 100 mil NV. Com isso, de acordo com os ODM, o país teria que ter alcançado até 2015 uma RMM de 35 mortes por 100 mil NV, meta não atingida, pois foram registradas 44 mortes por 100 mil NV, nesse mesmo ano.[10-11] Dados mais recentes mostram que, em 2022, o país registrou 53,5 mortes maternas por 100 mil NV[3], ou seja, indicador bastante distante do que era para ter sido alcançado há dez anos.

As principais complicações, responsáveis por aproximadamente 75% das mortes maternas no mundo são: Hemorragia, Hipertensão, infecções relacionadas à gravidez e complicações decorrentes de abortamento inseguro. Tais morbidades são evitáveis na maioria dos casos, ou tratáveis a partir do acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo oportuno.[1]

No Brasil, as principais causas de óbito materno são as síndromes hipertensivas, seguido dos distúrbios hemorrágicos e infecções (puerperais e pós-aborto inseguro).[1,12]

Estima-se que, na América Latina e no Caribe, nove em cada dez mortes maternas são evitáveis. Os cuidados que melhoram a saúde materna incluem atendimento obstétrico de qualidade, acesso a métodos contraceptivos e redução das desigualdades no acesso aos cuidados à saúde da mulher.[5,13]

Nesse sentido, a fim de evitar a morte materna, algumas medidas precisam ser tomadas. A Pré-eclâmpsia, por exemplo, deve ser detectada e tratada adequadamente antes da ocorrência de convulsões (Eclâmpsia) e de outras complicações potencialmente fatais.[5]

Em relação aos casos de Hemorragia grave após o parto, é necessário atendimento imediato, pois tal complicação pode levar à morte de uma puérpera saudável em poucas horas. A infecção puerperal também pode resultar em óbito, mas, se identificada e tratada em tempo hábil, é possível prevenir sequelas e até mesmo evitar a morte. Entre as principais medidas de prevenção, destaca-se a higiene adequada da incisão cirúrgica.[5]

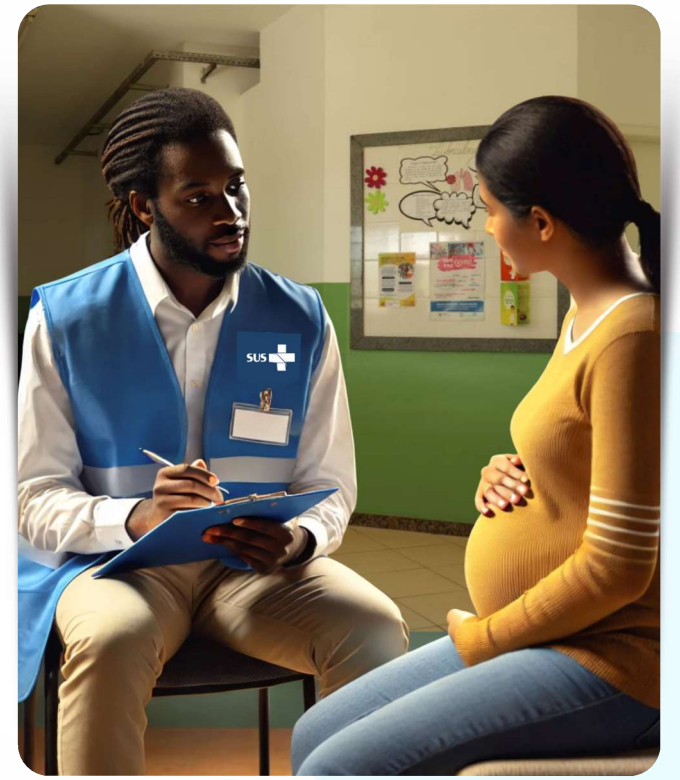
Ainda sobre a prevenção das mortes maternas, é fundamental evitar gestações não-planejadas e precoces por meio da oferta do Planejamento Reprodutivo (PR) de qualidade e da disponibilidade de serviços que realizem abortamento seguro, conforme permitido pela legislação do país, além de garantir cuidados de qualidade após o abortamento.[5]

Para que as mulheres recebam assistência adequada da gestação até o pós-parto, é essencial o trabalho de todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família, tendo destaque a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS).[14]

Estudos apontam que o trabalho dos ACS melhora o acesso ao PR e a qualidade da assistência pré-natal (PN), impactando diretamente na redução da mortalidade materna. Além disso, a atuação desses profissionais aumenta a cobertura vacinal, a adesão ao aleitamento materno e o conhecimento sobre os cuidados com o recém-nascido.[15]

À Estratégia de Saúde da Família (ESF) cabe oferecer atendimento individualizado e de qualidade para cada gestante e puérpera, sendo que o ACS contribui de maneira decisiva para a melhoria do cuidado através da sua atuação casa a casa. Esse profissional é o principal canal de comunicação e integração entre a população e os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Imagem 1 - Agente Comunitário de Saúde fornecendo orientações em saúde para a gestante.



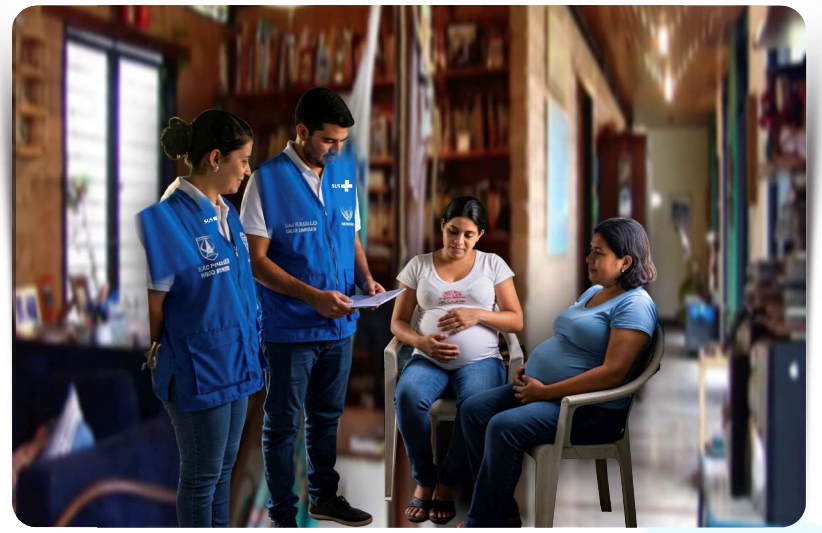
Fonte: Gerada via IA/ChatGpt.

2. Acompanhamento pré-natal

As famílias e a comunidade precisam ser orientadas sobre a importância da realização do PN. Idealmente, esse acompanhamento deve ser iniciado até a **12ª semana de gestação**, de modo a prevenir ou identificar precocemente, possíveis complicações e instituir os cuidados adequados à saúde da mãe e do feto.[16]

Para isso, é muito importante que o ACS seja proativo com a população da sua área de abrangência, mantenha o cadastro dos indivíduos atualizados, incluindo as mulheres em idade fértil residentes no seu território, estabeleça vínculos com as famílias e as acompanhe constantemente para identificar as mulheres que apresentam suspeita de gravidez.[16]

Imagem 2 - Agentes Comunitários de Saúde realizando visita domiciliar.



Fonte: Gerada via IA/ChatGpt.

Sempre que o ACS souber ou suspeitar que alguma mulher de sua área está grávida, ele deve imediatamente orientá-la a procurar, o quanto antes, a Unidade de Saúde para agendar consulta com a enfermeira ou o médico do serviço, a fim de confirmar a gestação e iniciar o PN. Caso a mulher já tenha em mãos um teste confirmando a gravidez, o ACS precisa incentivá-la a agendar rapidamente a primeira consulta de PN na Unidade de Saúde.

É muito importante que esse profissional mantenha contato com a mulher até que de fato, inicie o PN. O início precoce do acompanhamento (até 12 semanas), além de ser um importante indicador de qualidade da assistência obstétrica, é essencial para a prevenção, diagnóstico e tratamento de possíveis complicações para a saúde materno-fetal.[16]

Durante a gravidez, o ACS é o profissional de saúde que mais tem contato com a gestante, atuando como um verdadeiro parceiro em sua jornada. Por isso, deve estar capacitado para investigar e identificar os sinais e sintomas de risco durante as visitas domiciliares (VD), orientando a mulher a procurar a Unidade de Saúde, a maternidade ou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de acordo com a necessidade, bem como entrar em contato imediatamente com a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde, a depender da situação.

As VD às gestantes devem ser realizadas mensalmente pelos ACS, ou com menor intervalo de tempo se necessário e, se a situação demandar, a visita é realizada conjuntamente com os demais profissionais da ESF.

Em todas as VD às gestantes, o ACS precisa analisar a Caderneta da Gestante (caso o PN já tenha sido iniciado), para verificar se a mulher está comparecendo regularmente às consultas, se a situação vacinal está atualizada e se todos os exames de rotina foram realizados conforme o trimestre de gravidez que a mulher se encontra. Além disso, é importante observar os desafios familiares, sociais ou do local de trabalho, situações de violência doméstica, queixas da gestante etc.

A atenção PN deve ser multidisciplinar, sendo realizada pela enfermeira e pelo médico, juntamente com o ACS e outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade da mulher, cada um exercendo suas respectivas atribuições, mas sempre de modo interdisciplinar. É importante estimular a participação do pai ou de outro acompanhante escolhido pela gestante, que possa lhe oferecer apoio e estar presente também durante o parto e puerpério.[17]

Recomenda-se que sejam feitas no mínimo sete consultas PN, uma no primeiro trimestre (até a 12ª semana), duas no segundo trimestre e quatro no terceiro trimestre. A quantidade de atendimentos é definida a partir da avaliação da gestante pela enfermeira ou pelo médico, com ênfase nas situações de risco gestacional, as quais sempre devem estar atualizadas. Quanto mais grave a situação, maior é a frequência das consultas.[18]

Quadro 1 - Tempo aproximado de gravidez conforme trimestre de gestação.

TRIMESTRE DE GESTAÇÃO	SEMANA DE GESTAÇÃO
1° Trimestre	Até 13 semanas e meia
2° Trimestre	14 semanas até 27 semanas e meia
3° Trimestre	28 semanas até o parto

Fonte: Elaboração das autoras (2024).

A equipe de saúde deve monitorar a ausência das gestantes e realizar busca ativa das faltantes, através de VD realizada pelo ACS. Nesse momento, o ACS deve questionar a mulher sobre o motivo da falta, contribuindo sempre que possível para a solução do problema, sempre que possível, para o reagendamento da consulta.[16]

Todavia, nem sempre a visita e o diálogo do profissional no domicílio alcançam o objetivo de retorno da gestante ao acompanhamento PN. Por isso, o ACS deve ficar atento se de fato a mulher foi à Unidade de Saúde e, caso isso não aconteça, é preciso informar à enfermeira ou ao médico da Unidade de Saúde sobre o insucesso na comunicação e realizar VD à mulher, em conjunto com um desses dois profissionais, para tentar convencê-la a retornar ao serviço de saúde.

Durante as VD, também é fundamental o ACS realizar o trabalho de educação em saúde, oferecendo informações para as gestantes e seus familiares que contribuam diretamente para o melhor autocuidado. Para aprimorar a organização do trabalho desse profissional e melhorar o entendimento por parte das mulheres e familiares acerca das orientações fornecidas, o presente material sugere que a oferta de tais informações seja dividida por trimestre de gravidez, abordando os seguintes temas:[19]

1° trimestre

- Importância do PN;
- Modificações corporais e emocionais na gravidez;
- Importância da participação do pai durante a gestação;
- Informações sobre os direitos legais e benefícios disponíveis para a mãe;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável;
- Vacinação na gestação;
- Realização da consulta de rotina com o dentista da Unidade de Saúde, devendo ser uma por trimestre de gravidez (PN odontológico);
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- Importância do uso do sulfato ferroso, ácido fólico e carbonato de cálcio para TODAS as gestantes.

Quadro 2 – Uso de suplementos alimentares na gravidez.

Suplementação	Uso	Indicação
Sulfato ferroso	40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg). Ingerir diariamente 1 comprimido 1 hora antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, desde a descoberta da gestação até três meses após o parto ou pós-aborto.[20]	Prevenção de anemia
Ácido Fólico	0,4 mg/dia, dois meses antes de engravidar até a 12ª semana de gestação. Se for a apresentação em gotas de 0,2 mg/ml, ingerir 40 gotas diariamente.[20]	Formação de defeitos do tubo neural
Carbonato de Cálcio	2 comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg (500 mg de cálcio) diariamente (o que equivale a 1.000 mg de cálcio elementar/dia) diariamente, desde a 12ª semana de gestação até o parto (de preferência ingerir o comprimido após se alimentar). Além disso, deve-se ter um intervalo mínimo de 2 horas entre o uso do cálcio e o uso de suplementos ou alimentos que contenham ferro. Uma opção é ingerir no período da noite com um copo de leite ou suco de frutas, por exemplo.[21]*	Prevenção de Pré-eclâmpsia

Fonte: Retirado do Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes, Ministério da Saúde e da Nota Técnica n° 251 de 2024 sobre recomendações para a suplementação de cálcio durante a gestação, Ministério da Saúde.[20-21]

*Não utilizar o carbonato de cálcio junto com suplementos alimentares que contenham ferro, como o sulfato ferroso ou polivitamínicos que possuam ferro na sua formulação. O cálcio também não deve ser utilizado junto a alimentos ricos em fitatos, oxalatos ou ferro (por exemplo - feijão, fígado, espinafre, acelga, couve, beterraba, batata doce, sementes, castanhas ou cereais), suplementos com alta concentração de cafeína ou alimentos ultraprocessados. Esses cuidados são importantes pois todos esses suplementos e alimentos podem afetar a absorção do cálcio.[21]

2° trimestre

- Higiene e atividade física;
- Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- Manutenção do uso do sulfato ferroso e carbonato de cálcio;
- Sinais e sintomas que indicam o início do trabalho de parto.

3° trimestre

- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- Manutenção do uso do sulfato ferroso e carbonato de cálcio;
- Importância das consultas puerperais;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno;
- Cuidados após o parto para a mulher e o recém-nascido;
- Estimular o retorno ao serviço de saúde na primeira semana após o parto para a consulta de puerpério e de puericultura;
- Importância da realização da Triagem Neonatal ("teste do pezinho"), teste da orelhinha, teste do olhinho, teste da linguinha e teste do coraçãozinho, sendo esse último realizado na maternidade;
- Importância do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, assim como a adoção de medidas preventivas, incluindo vacinação, higiene e demais cuidados com o ambiente;
- Planejamento Reprodutivo no pós-parto.

A utilização desse checklist contribui para que o ACS não se esqueça de transmitir alguma informação importante durante o pré-natal, além de evitar o acúmulo de muitas informações em algumas visitas, o que pode dificultar a compreensão por parte das mulheres e familiares.

ATENÇÃO

É importante destacar que, além da educação em saúde realizada no domicílio, o ACS também deve participar das atividades de sala de espera e de grupos de gestantes, conforme programação realizada pela equipe de saúde.

Imagem 3 - Grupo de educação em saúde para gestantes.

Fonte: Acervo das autoras (2019).

3. Caderneta da Gestante

A Caderneta da Gestante apresenta informações sobre o ciclo gravídico-puerperal. É fundamental que a gestante e a sua família estejam cientes dos dados registrados, compreendam o acompanhamento das ações de cuidado no PN e reconheçam as situações de risco identificadas.[16]

Trata-se de um documento da gestante, que deve ser apresentado pela mulher todas as vezes que comparecer a um serviço de saúde, seja nas consultas agendadas com a enfermeira, o médico ou o dentista, vacinação, serviços de urgência e emergência, entre outros. É importante orientar a mulher a levar sempre consigo a sua Caderneta da Gestante.

ATENÇÃO

É importante o ACS orientar a gestante a separar uma pasta para guardar todos os documentos relacionados à gravidez (Caderneta da Gestante, prescrição de medicamentos, cartão de vacina, resultados de todos os exames etc.) e que leve consigo para todo e qualquer atendimento em serviços de saúde.

Durante as VD, o ACS sempre necessita solicitar a Caderneta da Gestante para verificar a atualização das informações e o acompanhamento PN.[16] Essa análise deve ser realizada cuidadosamente, seguindo um roteiro para verificação das informações preenchidas no documento, de modo a não deixar passar dados importantes.

Inicialmente, o ACS deve verificar a página onde estão registrados, na Caderneta da Gestante, os exames realizados durante o PN.

3.1 Exames de rotina do pré-natal

Os exames laboratoriais e de imagem realizados, em tempo oportuno, são essenciais para complementar a avaliação PN, embasar a conduta profissional e classificar o risco da gestação.[22]

A confidencialidade dos resultados é assegurada, e as condutas recomendadas devem ser comunicadas à gestante. Nos casos de resultados positivos para HIV, sífilis e outras IST, é importante orientar a mulher sobre a necessidade de diagnosticar e tratar a parceria sexual . Os exames de rotina iniciais são solicitados durante a primeira consulta PN no serviço de saúde, e os resultados devem ser avaliados na consulta seguinte.[17]

O Quadro 3 apresenta os exames mínimos para a garantia de uma assistência PN de qualidade, conforme preconização do Ministério da Saúde. Estes exames podem ser requisitados pela enfermeira ou pelo médico que realizam o acompanhamento da gestante. Entretanto, outros exames podem ser solicitados com base na avaliação do profissional de saúde e na disponibilidade do município.[22]

Quadro 3 – Exames solicitados na rotina do pré-natal.

Exame	Período de realização	Indicação
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta e 3° trimestre.	Verificar Anemia.[23-24]
Eletroforese de hemoglobina	1ª consulta.	Verificar traço ou Doença Falciforme.[23-24]
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta.	Verificar tipagem sanguínea. Se mãe Rh- e pai Rh+ ou desconhecido, fazer Coombs indireto.[23-24]
Coombs indireto (Faz quando mãe Rh- e pai Rh+ ou desconhecido)	A partir da 24ª semana.	Coombs indireto positivo: referenciar para o pré-natal de alto risco. Coombs indireto negativo: Repetir exame mensalmente até o parto.[23-24]
Glicemia em jejum	1ª consulta e 3° trimestre.	Verificar Diabetes Mellitus Gestacional ou Diabetes anterior à gestação.[23-24]
Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) 75g	Entre a 24ª e a 28ª semana.	Verificar Diabetes Mellitus Gestacional ou Diabetes anterior à gestação.[23-24]
Urina tipo I ou Sumário de Urina ou Elementos Anormais do Sedimento (EAS)	1ª consulta e 3° trimestre.	Verificar leucocitúria (presença de células do tipo leucócitos na urina), hematúria (presença de sangue na urina), proteinúria (presença de proteína na urina) ou outros elementos.[23-24]
Urocultura	1ª consulta e 3° trimestre.	Verificar Infecção do Trato Urinário, mesmo quando o Sumário de Urina não identificar alterações.[23-24]
Teste rápido para Sífilis	1ª consulta e 3° trimestre (a partir da 28ª semana).	Verificar Sífilis.[23-24]
VDRL	1ª consulta e 3° trimestre (a partir da 28ª semana).	Verificar Sífilis e acompanhar tratamento dos casos.[23-24]
Teste rápido para HIV ou Sorologia (Anti HIV I e II)	1ª consulta e 3° trimestre (a partir da 28ª semana).	Verificar infecção pelo HIV.[23-24]
Teste rápido para Hepatite B ou Sorologia para Hepatite B (HBsAg)	1ª consulta e 3° trimestre (a partir da 28ª semana).	Verificar infecção pelo vírus da Hepatite B.[23-24]
Teste rápido para Hepatite C ou Sorologia para Hepatite C (Anti HCV)	1ª consulta e 3° trimestre (a partir da 28ª semana).	Verificar infecção pelo vírus da Hepatite C.[24]
HTLV I e II	1ª consulta e 3° trimestre.	Detecção de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV).[25]

Citomegalovírus (IgG e IgM)	1ª consulta e 3° trimestre.	Detecção de infecção pelo Citomegalovírus.[26]
Toxoplasmose (IgG e IgM)	1ª consulta e 3° trimestre (se IgG e IgM negativos no 1° exame).	Verificar toxoplasmose.[23-24]
Rubéola (IgG e IgM): Não realizar o IgM em gestantes assintomáticas	Não obrigatório. IgG negativo: vacinar durante o puerpério.	Verificar rubéola.[27]
Parasitológico de fezes	Não obrigatório.	Quando há anemia presente ou outras manifestações sugestivas.[23]
Ultrassonografia obstétrica	1° trimestre (idealmente entre 9 e 13 semanas). 2° trimestre (preferencialmente entre 20 e 24 semanas).	1° trimestre - datação específica da idade gestacional, verificar a viabilidade fetal etc.[16] 2° trimestre – estudo morfológico.[16]
Citopatológico cérvico-vaginal (Preventivo)	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária para as demais mulheres.	Rastreamento do câncer do colo do útero.[24]

3.2 Vacinação da Gestante

As vacinas são essenciais para prevenir, controlar, eliminar doenças imunopreveníveis, além de reduzir a morbimortalidade por determinados agravos, sendo disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).[28]

O ACS desempenha papel crucial no acompanhamento dos cartões de vacina, incentivando o cumprimento do calendário vacinal e buscando ativamente aquelas mulheres que estão com vacina em atraso. Ao cumprir essas atribuições de maneira adequada e dedicada, o ACS contribui significativamente para a saúde da população, utilizando sua capacidade de comunicação para o aumento das coberturas vacinais.[28-29]

As atribuições abaixo descritas são de responsabilidade dos ACS e fundamentais para o sucesso das campanhas e vacinação de rotina:[29]

- Divulgar as campanhas de vacina para o maior número de pessoas, nos lugares mais frequentados pela comunidade e casa a casa;
- Reconhecer os conhecimentos, incertezas, crenças, mitos, tabus e preconceitos relacionados às vacinas, incentivando a reflexão sobre os benefícios que elas trazem para a saúde da população;
- Acompanhar o esquema vacinal da gestante e orientá-la quanto à importância de manter a vacinação em dia;
- Orientar as usuárias a procurarem a Unidade de Saúde nas seguintes situações:
  - Não tiverem o registro documental da aplicação das vacinas (caderneta de vacinação);
  - Falta no dia agendado para a vacinação;
  - Usuárias com relato de qualquer tipo de queixa após a administração da vacina.
- Compartilhar com a equipe da Unidade de Saúde as informações colhidas durante a VD, referentes à situação vacinal da gestante e familiares.

Faz parte do trabalho do ACS verificar a página da Caderneta da Gestante onde estão registradas as vacinas, e os cartões de vacinação prévios à gravidez, para assim realizar as orientações e encaminhamentos para cada caso.

Os imunizantes que compõem o Calendário de Vacinas da Gestante são:[30] dTpa, dT, Hepatite B, Influenza e Covid-19.

Quadro 4 – Esquema vacinal da dT/dTpa.

Vacinação antitetânica (dT/dTpa)	
Histórico vacinal	**Condução na gestação**
Se a gestante tem as 3 doses de dT, em qualquer momento da vida.	1 dose de dTpa a partir de 20 semanas de gestação.
Se a gestante tem 2 doses de dT, em qualquer momento da vida.	1 dose de dTpa a partir de 20 semanas de gestação.
Se a gestante tem 1 dose de dT, em qualquer momento da vida.	1 dose de dT e 1 dose de dTpa. Se o PN começar antes de 20 semanas, primeiro faz a dT e a partir de 20 semanas a dTpa. Se a mulher iniciar o PN com 20 semanas ou mais, primeiramente faz a dTpa e depois a dT. O intervalo entre as doses é de 60 dias (mínimo de 30 dias).
Não vacinadas ou histórico vacinal desconhecido.	**2 doses de dT e 1 de dTpa.** O esquema deve ser iniciado no momento em que a mulher começar o PN, sendo observadas as seguintes recomendações: • O PN iniciando antes de 20 semanas de gravidez, a primeira dose deve ser dT e a segunda dose é agendada para 60 dias depois (mínimo 30 dias). Se no dia da segunda dose a mulher tiver com menos de 20 semanas, administra-se a dT e a terceira dose (dTpa) é aprazada para 60 dias depois (mínimo de 30 dias). Caso, na data da terceira dose a mulher não tenha completado as 20 semanas de gravidez, deve-se esperar essa idade gestacional para poder fazer a dTpa. • O PN começando com 20 semanas ou mais, a primeira dose será dTpa e as duas doses seguintes dT, sempre respeitando o intervalo de 60 dias entre as doses (mínimo de 30 dias).

Indicação: Essa vacinação oferece proteção contra difteria, tétano e coqueluche ao recém-nascido, além de garantir a segurança da gestante. Toda mulher grávida precisa receber uma dose da vacina dTpa durante cada gestação, mesmo se fez uso do imunizante em gestações anteriores. No entanto, se não for vacinada durante o período gestacional, a imunização deve ocorrer no puerpério, o mais cedo possível, preferencialmente até 45 dias após o parto, visando principalmente a transmissão de anticorpos ao recém-nascido, até que ele receba suas vacinas.[28,30]

Siglas: dT – difteria e tétano; dTpa – difteria, tétano e pertusis acelular; PN – pré-natal.
Fonte: Retirado do Calendário de Vacinação, Sociedade Brasileira de Imunizações.[30]

Quadro 5 – Esquema vacinal da Hepatite B.

Hepatite B	
Histórico vacinal	**Condução na gestação**
Gestante tem 3 doses durante a vida.	A enfermeira ou o médico, na primeira consulta de PN solicitará o Anti Hbs, exame para verificar se a mulher tem imunidade contra o vírus da Hepatite B. Se a gestante não for imune, faz mais uma dose do imunizante.
Gestante fez apenas 1 ou 2 doses durante a vida.	Completar esquema para totalizar 3 doses.
Gestantes não vacinadas anteriormente ou histórico vacinal desconhecido.	Três doses. Esquema: 0 - 1 - 6 meses. Intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose.
Indicação: Essa vacina garante a prevenção da infecção pelo vírus da Hepatite B e é recomendada para toda população, incluindo as gestantes. A doença tem alto risco de morbidade tanto para a mãe quanto para o feto. Neonatos infectados têm grandes chances de se serem portadores crônicos e desenvolverem doença hepática no decorrer da vida.[16,28]	

Siglas: PN – pré-natal.
Fonte: Retirado do Calendário de Vacinação, Sociedade Brasileira de Imunizações.[30]

Quadro 6 – Esquema vacinal da Influenza.

Influenza	
Histórico vacinal	**Condução na gestação**
A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, e pode ser administrada mesmo no 1° trimestre de gestação.	Dose única durante a campanha, devendo ser realizada mesmo se a mulher foi imunizada anteriormente.
Indicação: Esse imunizante protege contra o vírus da Influenza e contra as complicações da doença. Mulheres grávidas são um grupo de risco para as complicações causadas pela infecção do vírus. Por isso, a importância de receber uma dose ao ano dessa vacina.[16,28]	

Fonte: Retirado do Calendário de Vacinação, Sociedade Brasileira de Imunizações.[30]

3.2.1 Vacina contra a Covid – 19

A introdução das vacinas contra a Covid-19 no calendário de vacinação para gestantes no Brasil foi um marco importante na proteção da saúde materno-fetal, especialmente diante das evidências de que a letalidade da doença era significativamente maior nesse grupo de mulheres.[31]

Em 2021, análises epidemiológicas revelaram que gestantes tinham taxa de letalidade por Covid-19 de 10%, comparada à taxa de 2% na população geral. Além disso, tanto gestantes quanto puérperas (até 45 dias após o parto) apresentavam maior risco de desenvolver formas graves da doença, assim como complicações obstétricas (parto prematuro, óbito fetal, abortamento etc.).[31-32]

Tais informações foram fundamentais para embasar a decisão de incluir esse grupo prioritário na campanha de vacinação, reforçando a importância de medidas preventivas específicas para proteger a saúde das mulheres e das crianças. As vacinas recomendadas para gestantes e puérperas com ou sem comorbidades são seguras e eficazes.[32]

Quadro 7 – Esquema vacinal da Covid - 19.

Covid-19	
Histórico vacinal	**Condução na gestação**
Gestante vacinada previamente ou não vacinada.	Dose única durante a gestação, devendo ser realizada 1 dose a cada gravidez, mesmo se a mulher foi imunizada anteriormente.

Indicação: Mulheres grávidas são um grupo de risco para as complicações e morte causadas pela infecção do vírus. Por isso, a importância de receber uma dose em cada gestação.[31-33]

Fonte: Retirado da Nota Técnica nº 23 de 2025 sobre mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2025, Ministério da Saúde.[33]

3.2.2 Vacinas contraindicadas

Em geral, as gestantes não devem receber vacinas produzidas a partir de bactérias ou vírus vivos atenuados, exceto em situações com elevado risco de exposição a determinadas doenças virais preveníveis por vacinas, como, por exemplo, a febre amarela nas áreas onde a doença é endêmica.[28]

Algumas vacinas contraindicadas para as gestantes são a tríplice viral, varicela, HPV (se a mulher tiver iniciado o esquema antes da gravidez, deve suspendê-lo até o puerpério) e dengue. Com exceção da vacina da dengue, esses imunobiológicos podem ser administrados a qualquer momento durante o pós-parto e a amamentação.[30]

ATENÇÃO

O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Imunizações frequentemente atualizam o calendário vacinal das gestantes, por isso, os ACS sempre devem estar atentos às novas recomendações no site da Sociedade Brasileira de Imunizações (https://sbim.org.br/).[30]

3.3 Acompanhamento das consultas de pré-natal

É necessário que o ACS observe a página da Caderneta da Gestante, tendo atenção para a regularidade das consultas e se a gestante está comparecendo à Unidade de Saúde nas datas marcadas.

Além do número mínimo de consultas, já mencionado na introdução deste capítulo, há uma periodicidade dos agendamentos ao longo da gestação e do puerpério, apresentada no quadro abaixo.[16]

Quadro 8 – Periodicidade das consultas de pré-natal e puerpério.

Cuidado	Recomendado
Pré-natal	– Atendimentos mensais até a 28ª semana. – Atendimentos quinzenais da 28ª até a 36ª semana. – Atendimentos semanais da 36ª até o parto.
Puerpério	– Primeira consulta: até o 7° dia após o parto. – Segunda consulta: até o 42° dia após o parto.

Fonte: Retirado da Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.[16]

4. Queixas comuns da gravidez

Durante as visitas à gestante, o ACS deve sempre indagar sobre as queixas que ela tem apresentado. No decorrer da gravidez, a mulher pode manifestar sinais e sintomas resultantes das alterações fisiológicas no organismo materno. Alguns desses sintomas estão descritos abaixo, acompanhados de orientações que o ACS pode fornecer às gestantes, visando a melhoria do quadro.

4.1 Edema (inchaço)

O edema fisiológico (esperado na gestação) afeta cerca de 80% das gestantes e, geralmente, se manifesta no terceiro trimestre da gravidez, restringindo-se aos membros inferiores (nas duas pernas), especialmente abaixo dos joelhos.[23]

Tal condição tende a agravar-se quando a mulher permanece em pé ou sentada por períodos prolongados, diminuindo frequentemente pela manhã e intensificando-se ao longo do dia. Esse edema pode estar relacionado à postura, ao aumento da temperatura corporal ou ao modelo de calçado utilizado,[34] não representando risco para a mulher ou ao feto.

Imagem 4 - Edema fisiológico em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Orientações:[23]

- Utilizar calçados confortáveis e evitar sapatos/sandálias apertadas;
- Evitar ficar em pé por muito tempo;
- Evitar ficar sentada por período prolongado, como em viagens longas (nesses casos, orienta-se que a gestante levante um pouco e faça curtas caminhadas);
- Repousar deitada e elevar as pernas (utilizar para isso almofadas, travesseiros etc.).

Nas situações em que essas medidas não sejam eficazes e/ou o edema apresente outras características, como associação com Hipertensão, rápido ganho de peso, dor e/ou sinais que indicam a presença de processo inflamatório (dor, vermelhidão e aumento da temperatura local), ou se ocorrer em apenas um membro, consulte o tópico nove do presente capítulo intitulado "Sinais e sintomas de alerta".

4.2 Pirose (azia)

Pode acometer a gestante durante toda a gravidez, porém é mais intensa e frequente na fase final.[23] Quando ocorre no primeiro trimestre, geralmente está relacionada a alterações hormonais comuns na gestação e, no terceiro trimestre, pelo crescimento do feto que pressiona o estômago da gestante.[35]

Imagem 5 - Pirose (azia) em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Orientações:

- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches entre as refeições);[23]
- Evitar líquido durante as refeições (ingerir uma hora antes ou uma hora após);
- Não se deitar logo após as refeições;[23]
- Ingerir líquido gelado durante a crise, de preferência suco natural de frutas cítricas (laranja, limão, acerola etc.);[23]
- Elevar a cabeceira da cama durante o sono, utilizando travesseiro mais alto;[23]
- Evitar frituras, café, refrigerante, chá mate ou preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;[23]
- Evitar álcool, fumo e drogas ilícitas durante a gestação, pelo risco de óbito fetal, abortamento, descolamento prematuro de placenta, nascimento prematuro, baixo peso ao nascer e problemas como lábio leporino e fenda palatina.[36]

Caso essas medidas não sejam eficazes, é necessária a avaliação pela enfermeira ou pelo médico da Unidade de Saúde.[23]

4.3 Sangramento gengival

O sangramento gengival é causado pelo aumento da vascularização e consequente edema do tecido conjuntivo, provocado pelo aumento dos hormônios da gravidez junto a um processo infeccioso na gengiva.[23] Por isso, a importância da consulta de rotina com o dentista da Unidade de Saúde (PN odontológico).

O PN odontológico consiste na assistência individual da gestante, cujos objetivos são: recuperar a saúde oral da mulher por meio de tratamentos preventivos, curativos e cirúrgicos, capacitar a gestante sobre o cuidado bucal, orientar a respeito de hábitos saudáveis e incentivar o aleitamento materno.[37]

Dentre as alterações orais mais comuns na gestação está a doença periodontal, que é caracterizada pelo edema e sangramentos da gengiva. A hiperemia (vermelhidão), o edema e o sangramento gengival podem estar associados a deficiências nutricionais, presença de placa bacteriana e, ocasionalmente, imunossupressão (redução de imunidade).[37]

A gengivite, uma das manifestações da doença periodontal, consiste na inflamação das gengivas causada especialmente por higiene bucal inadequada. Essa condição é comum na população em geral, sendo também prevalente entre gestantes. Grávidas com doença periodontal apresentam maior risco de parto prematuro e recém-nascido de baixo peso se comparado às gestantes sem problemas gengivais.[37-38]

Imagem 6 - Doença periodontal em gestante.

Fonte: Retirada do Portal de Boas Práticas, Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.[37]

O acompanhamento odontológico faz parte da assistência PN de qualidade, deve ser iniciado desde o primeiro Trimestre e os sintomas de dor podem ser resolvidos em qualquer período da gestação. É importante estar atento às queixas de dor de dente, pois os processos inflamatórios e infecciosos podem desencadear trabalho de parto prematuro.[37]

É fundamental que todos os profissionais de saúde compreendam a importância da saúde bucal durante a gravidez, não normalizando as doenças bucais na gestação, sempre orientando e encaminhando a gestante para realizar o PN odontológico.[37] Recomenda-se que todas as gestantes sejam encaminhadas para avaliação odontológica pelo menos uma vez a cada trimestre durante a gestação.[16]

Atenção ao sangramento gengival em grande quantidade, pois pode ser sinal de adoecimento grave como os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP, que é um agravamento da Pré-eclâmpsia.[23] Por isso, tais casos devem ser encaminhados IMEDIATAMENTE para a Unidade de Saúde ou para a maternidade do município.

Assim, os ACS precisam reforçar os cuidados que as gestantes devem ter com a higiene oral conforme descrito abaixo:[23]

- Realizar a escovação dental com cuidado, utilizando escova de dentes macia e fio dental após cada refeição;
- Manter a escovação e o uso do fio dental mesmo no local que está ocorrendo sangramento;
- Agendar atendimento odontológico de rotina e sempre que apresentar sintomas como "dor de dente" ou demais sintomas da arcada dentária.

É atribuição do ACS verificar se a mulher está comparecendo, ao menos uma vez por trimestre, às consultas com o dentista. Caso isso não esteja ocorrendo, é necessário encaminhá-la à Unidade de Saúde e acompanhar tanto o agendamento quanto o comparecimento da mulher ao atendimento.

ATENÇÃO

Caso a mulher apresente sintomas como dor de dente ou sangramento gengival, o agendamento da consulta com dentista deve ser feito **BREVEMENTE**, sem esperar pelo atendimento de rotina.

4.4 Náusea e vômito

As náuseas e os vômitos são comuns nos primeiros três meses de gestação, geralmente mais intensos ao acordar ou após longos períodos de jejum. Esses sintomas tendem a se agravar com estímulos sensoriais, especialmente odores, como o cheiro de cigarro, e sabores, como o de creme dental, por exemplo.[39]

A principal causa é a alteração hormonal no início da gestação, mas também pode ocorrer por infecção bacteriana estomacal, fatores genéticos ou até mesmo questões psicossomáticas (quando aspectos psicológicos desencadeiam sintomas físicos).[40]

Imagem 7 - Náusea e vômito em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Orientações:[23]

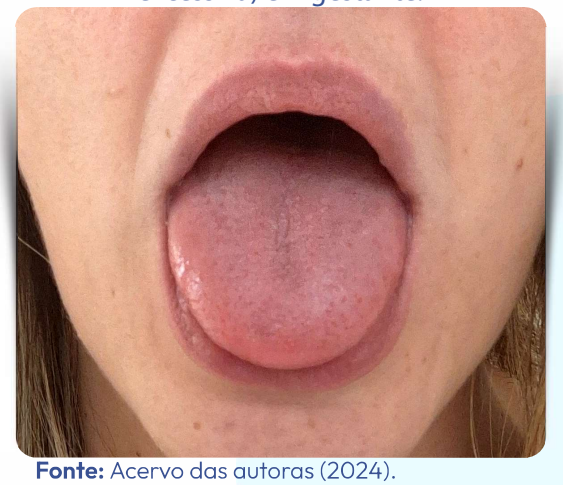
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches entre as refeições);
- Se os episódios de enjoos e vômitos ocorrem frequentemente ao acordar, procure comer alimentos secos como biscoito de água e sal, antes mesmo de escovar os dentes;
- Evitar jejum prolongado;
- Alimentar-se lentamente e mastigar os alimentos de forma adequada;
- Evitar alimentos gordurosos e condimentados;
- Evitar o consumo de doces que contêm alta concentração de açúcar;
- Chupar gelo ou picolé feito com suco natural de frutas cítricas (limão, laranja, acerola etc.), assim que começar o enjoo.

Ao persistirem os sintomas, é necessária a avaliação da enfermeira ou do médico da Unidade de Saúde para verificar a necessidade do uso de medicamentos.

4.5 Sialorreia (salivação excessiva)

Trata-se de uma queixa comum nas primeiras semanas de gestação, que pode persistir até o final do primeiro trimestre. Dentre as causas da sialorreia estão as náuseas, já mencionadas anteriormente, a ingestão de alimentos ricos em amido, bem como fatores psicossomáticos.[23,41]

Imagem 8 - Sialorreia (salivação excessiva) em gestante.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

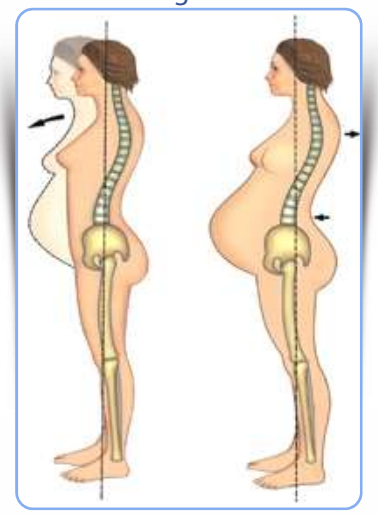
Orientações:[23]

- Explicar que é uma queixa comum no início da gestação;
- Seguir dieta semelhante à recomendada para náuseas e vômitos, incluindo refeições fracionadas e com baixo teor de gorduras e condimentos;
- Engolir a saliva e consumir líquidos em quantidade suficiente, especialmente durante períodos de calor.

4.6 Dor lombar

O crescimento do abdome e das mamas, no decorrer da gestação, tende a alterar a posição da coluna vertebral da mulher para que ela consiga se manter ereta, o que resulta em dor na região lombar. Cerca de 50% das gestantes sentem dor lombar em algum momento da gravidez ou no pós-parto, percentual que sobe para 65% entre as grávidas com mais de 35 anos.[39,42]

Imagem 9 - Anatomia da coluna de uma não gestante e uma gestante.



Fonte: Retirada do livro Rezende Obstetrícia Fundamental.[42]

Imagem 10 - Dor lombar em gestante

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Orientações:[23]

- Manter postura adequada, evitando a correção da lordose fisiológica;
- Sugerir o uso de calçados confortáveis e desestimular o uso de saltos altos;
- Recomendar a prática de atividades de alongamento e fornecer orientações sobre a postura;
- Se a gestante não apresentar contraindicações, orientar a prática de atividade física leve.

Caso as dores persistam, a mulher deve ser avaliada pela enfermeira ou pelo médico da Unidade de Saúde, para verificar a necessidade do uso de medicamentos ou encaminhamento para especialista.

4.7 Fraqueza e tontura

São causadas principalmente por fatores próprios da gestação. As alterações hormonais e mecânicas que acontecem no organismo materno levam, dentre outros fatores, à redução da pressão arterial e diminuição do fluxo sanguíneo no cérebro, o que pode resultar em sintomas como fraqueza e tontura.[23]

Outro fator que pode levar a esses sintomas na gravidez é a hipoglicemia (baixa concentração de glicose no sangue), causada principalmente por longos períodos sem se alimentar.[23]

Imagem 11 - Tontura em Gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Os episódios de fraqueza e tontura costumam ser de curta duração e de intensidade leve, não exigindo a necessidade de medicamentos. Geralmente, as medidas preventivas assumidas, junto com o esclarecimento da gestante, são eficazes para melhoria dos sintomas. Abaixo seguem algumas recomendações que o ACS pode fazer às mulheres com tais queixas.[23]

Orientações:[23]

- Evitar sedentarismo;
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches entre as refeições);
- Evitar jejum prolongado;
- Evitar passar longos períodos em ambientes fechados, quentes e mal ventilados;
- Ingerir, pelo menos, dois litros de água durante o dia (seis a oito copos);
- Avaliar a pressão arterial;
- Sentar-se com a cabeça abaixada (entre as pernas) ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo (virada para o lado esquerdo), respirar profunda e pausadamente quando sentir tontura ou sensação de desmaio.

ATENÇÃO

O decúbito lateral esquerdo é orientado porque essa postura melhora o retorno venoso da circulação sanguínea, aumenta a perfusão do sangue para os tecidos e reduz a compressão da veia cava e artéria aorta.[42]

Se persistirem os sintomas de tontura e sensação de desmaios, a mulher deve ser avaliada pela enfermeira ou pelo médico da Unidade de Saúde. Caso apresente o desmaio propriamente dito, a gestante ou puérpera deve ser encaminhada IMEDIATAMENTE para a Unidade de Saúde ou maternidade.

4.8 Dor nas mamas

O aumento da produção dos hormônios estrógeno e progesterona durante a gestação, promove o crescimento mamário, que é essencial para a amamentação após o parto. As alterações das glândulas mamárias são perceptíveis logo no início da gestação. A mulher frequentemente se queixa de dor e hipersensibilidade nas mamas nos primeiros meses e tende a melhorar no decorrer da gravidez.[41]

Imagem 12 - Dor nas mamas em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

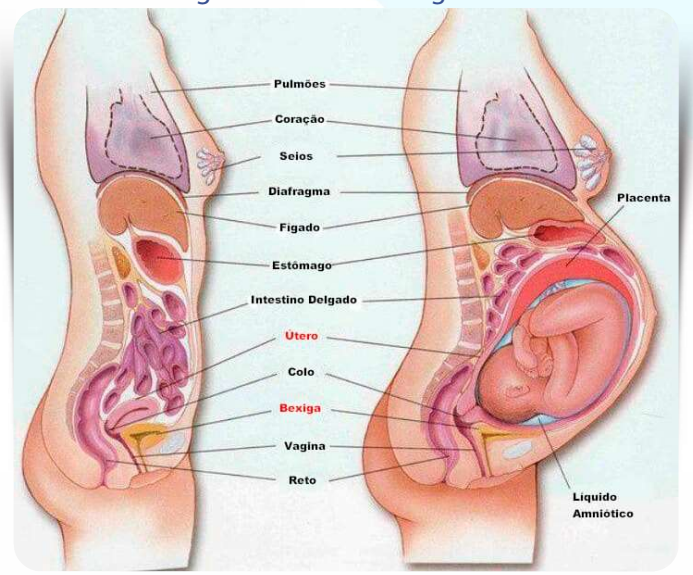
Orientações:[23]

- Esclarecer que o aumento das mamas pode causar desconforto;
- Orientar o uso de sutiã sem aro e com boa sustentação (Dica: Usar sutiã próprio para amamentação);
- Recomendar que sempre que tiver algum sintoma nas mamas, comunicar à enfermeira ou ao médico durante a consulta de PN para que o profissional possa examinar e avaliar o caso.

4.9 Obstipação/Constipação ou Flatulência

A obstipação (dificuldade em eliminar fezes por vários dias) está associada ao aumento da pressão nos vasos sanguíneos da região retal e compressão mecânica do intestino, ambos causados pelo crescimento uterino. Além disso, a ação da progesterona reduz a motilidade (movimento) das paredes intestinais, o que pode comprometer o funcionamento adequado da musculatura intestinal.[41]

Imagem 13 - Comparação entre o útero não gravídico e o útero gravídico.



Fonte: Retirada do site www.fetalmed.net/como-fica-o-utero-na-gravidez-entenda-essa-transformacao.[43]

Orientações:[23]

- Ingerir alimentos ricos em fibras (aveia, mamão, ameixa, hortaliças etc.);
- Aumentar a ingestão de água (pelo menos dois litros ao dia - seis a oito copos);
- Evitar o consumo de alimentos que causam flatulência, como batata doce, feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve;
- Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas);
- Prevenir fissuras anais evitando o uso de papel higiênico e optando por água e sabão para a limpeza após as evacuações.

Caso essas medidas não sejam eficazes, é necessária a avaliação pela enfermeira ou pelo médico da Unidade de Saúde, a fim de verificar a necessidade do uso de medicamentos.

4.10 Corrimento vaginal

Frequentemente, as gestantes apresentam secreção vaginal fisiológica em maior quantidade em comparação a mulheres não grávidas. Isso ocorre devido à elevada produção de estrogênio na gravidez, que resulta no aumento da vascularização local e maior produção de muco pelas glândulas presentes na região vaginal.[41]

Imagem 14 - Secreção vaginal fisiológica.

Fonte: Acervo das autoras (2022).

Orientações:[23]

- Esclarecer que o fluxo vaginal normal tende a aumentar durante a gestação e não provoca coceira, desconforto ou odor desagradável, apresentando aspecto transparente ou esbranquiçado (leitoso);
- Lembrar que as IST podem ocorrer em qualquer fase da gestação, por isso é preciso estar atenta às características da secreção vaginal;
- Não usar cremes vaginais por conta própria.

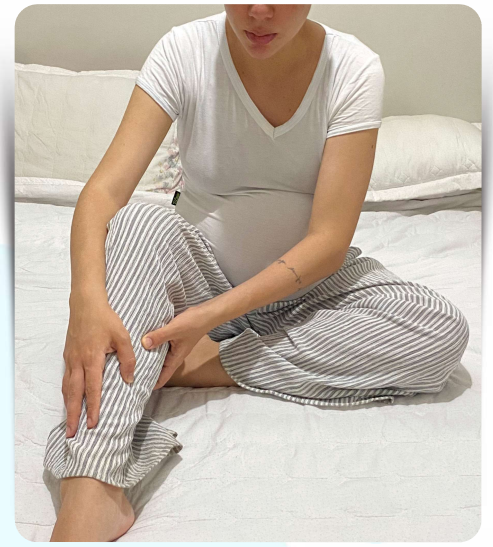
ATENÇÃO

Em caso de corrimento vaginal com coceira, ardência ou odor fétido, é necessário agendar uma avaliação com a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde.

4.11 Câimbra

As câimbras são espasmos musculares que acontecem de forma involuntária e dolorosa, elas acometem especialmente os músculos da panturrilha e se tornam mais intensas no decorrer da gestação.[23]

Imagem 15 - Câimbra em gestante.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Orientações:[23]

- Evitar o alongamento excessivo dos músculos ao acordar, especialmente dos pés durante o ato de se espreguiçar;
- Na fase avançada da gestação, deve-se evitar permanecer em pé ou sentada por longos períodos, como em viagens prolongadas. Nesses casos, recomenda-se que a gestante se levante ocasionalmente e faça breves caminhadas;
- Evitar massagear o músculo contraído e dolorido na hora da câimbra, fazendo apenas movimento de esticar e flexionar os pés;
- Ingerir banana diariamente.

4.12 Queixas urinárias

A pressão exercida pelo útero gravídico reduz a capacidade da bexiga de armazenar urina e ocasiona a polaciúria (urinar várias vezes ao dia) e a nictúria (urinar com maior frequência no período da noite), que se acentua no decorrer da gravidez, dispensando tratamento e cuidados especiais.[42]

O ACS deve orientar o aumento do consumo de líquido, no mínimo dois litros ao dia (seis a oito copos), para todas as mulheres grávidas, independente de terem queixas urinárias ou não.[23]

ATENÇÃO

Caso a gestante refira presença de sangue na urina, dor ou ardor ao urinar, é necessário agendar avaliação **IMEDIATAMENTE** com a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde.

Imagem 16 - Queixa urinária em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

4.13 Varizes

As varizes podem surgir ou se agravar durante a gestação devido a fatores hereditários, à compressão exercida pelo aumento uterino na região pélvica, dificultando o retorno venoso do sangue que circula nos membros inferiores e às mudanças hormonais características desse período.[34,41]

Essas alterações ocorrem com mais frequência nos membros inferiores, especialmente na perna direita, mas também podem surgir na região íntima, tendendo a aumentar ao longo da gestação.[23]

Imagem 17 - Varizes em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Orientações:[23-24]

- Evitar ficar em pé por muito tempo;
- Evitar ficar sentada ou com as pernas cruzadas por tempo prolongado, como em viagens longas. Nesses casos, recomenda-se que a gestante se levante ocasionalmente e faça breves caminhadas;
- É importante orientar que, ao final do dia, deite-se e mantenha os pés elevados acima do nível do corpo (sobre travesseiros, almofadas etc.) por, no mínimo, 20 minutos.

5. Orientação alimentar para a gestante

O estado nutricional inadequado da mulher pode impactar diretamente no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois, durante o período gestacional, as necessidades nutricionais são elevadas devido aos ajustes fisiológicos da gestante e à demanda de nutrientes para o crescimento fetal.[34]

Portanto, é fundamental que a gestante compreenda a relevância de uma nutrição adequada, por isso, o ACS deve estar preparado para orientá-la e incentivá-la a adotar hábitos alimentares saudáveis durante esse período.[34]

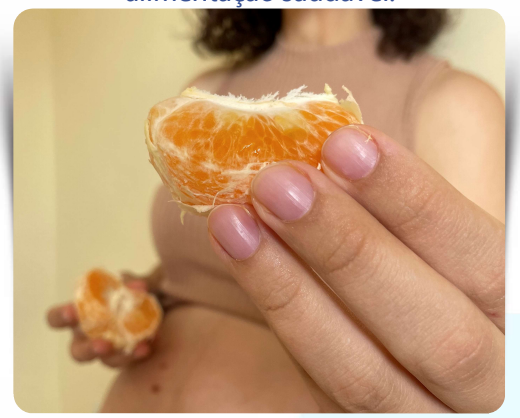
A seguir, são apresentadas algumas dessas orientações:[34]

- Fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia (meio da manhã e meio da tarde), evitando ficar mais de três horas sem se alimentar;
- **Realizar todas as refeições ajuda a evitar que o estômago permaneça vazio por longos períodos, o que reduz o risco de náuseas, vômitos, fraqueza, tonturas ou desmaios. Além disso, essa prática contribui para o controle da fome da gestante, prevenindo excessos na refeição seguinte e desconfortos abdominais, especialmente nos últimos meses de gestação, quando o útero se expande e comprime o estômago. É igualmente importante que a gestante aprecie cada refeição, comendo devagar, mastigando bem os alimentos e evitando qualquer forma de estresse durante a alimentação;**
- Evitar a ingestão de líquidos durante as refeições pode ser benéfico para aliviar os sintomas de azia e refluxo. Se desejar beber líquidos, isso deve ser feito pelo menos uma hora antes ou uma hora após as refeições;
- **Beber água entre as refeições, consumindo pelo menos dois litros (de seis a oito copos) por dia. A água é essencial para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e mantém o corpo hidratado. Além disso, é importante esclarecer que bebidas açucaradas (refrigerantes, sucos industrializados ou adoçados etc.), e bebidas com cafeína (café, chá preto ou mate), não substituem a água e podem interferir na absorção de alguns nutrientes. Por isso, devem ser evitadas durante a gestação;**
- Preferir alimentos integrais (arroz, pão, macarrão etc.), além de tubérculos como batatas e aipim. Optar por esses alimentos em sua forma mais natural é essencial, já que além de serem boas fontes de carboidratos, também fornecem fibras, vitaminas e minerais;
- **Montar um prato variado e colorido, alternando os tipos de frutas, legumes e verduras ao longo da semana. Incluir hortaliças de folhas verde-escuras, como couve, brócolis, agrião, taioba e rúcula, além de outros alimentos coloridos, como mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêssego, manga, jabuticaba e ameixa;**

- Consumir sucos naturais de frutas preparados na hora, pois em relação às formas de preparo do suco, são as melhores fontes de nutrientes. No caso de utilizar polpas congeladas, mesmo que elas percam algumas dessas vitaminas, ainda são preferíveis aos sucos industrializados, em pó ou de caixinha, que geralmente contêm altos níveis de açúcar;
- **Evitar a adição de café ou achocolatado ao leite, pela possibilidade desses ingredientes comprometerem a absorção do cálcio. Recomenda-se o consumo de leite e seus derivados em versões integrais, a menos que um nutricionista ou profissional de saúde indique o contrário;**
- Aumentar o consumo de peixes e frango, sempre optando por carnes magras, retirando a pele e a gordura visível. Recomenda-se consumir peixe fresco pelo menos duas vezes na semana, seja de água doce ou salgada;
- **Evitar o consumo de carnes cruas ou malpassadas, pois podem transmitir doenças, como verminoses. É crucial fornecer orientações sobre o preparo adequado dessas carnes e garantir a lavagem das mãos e utensílios após manuseá-las;**
- Reduzir a ingestão de alimentos ricos em gordura, como carnes com gordura visível, embutidos (salsichas, linguiças, salames, presuntos, mortadelas etc.), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes;
- **Utilizar óleos vegetais (soja, canola, girassol, milho ou algodão) em vez de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha para cozinhar. Priorizar métodos de preparo assados, cozidos, ensopados e grelhados em detrimento das frituras;**
- Optar por frutas como sobremesa, que são saborosas, saudáveis e ricas em vitaminas e minerais;
- **Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou diminuindo o açúcar adicionado;**
- Manter uma ingestão equilibrada de sal, evitando tanto a eliminação total quanto o uso excessivo. Não consumir alimentos industrializados com alto teor de sódio, como hambúrgueres, charque, salgadinhos, sopas prontas, molhos e temperos prontos;
- **Utilizar temperos naturais, a exemplo do cheiro-verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas, além do limão, para realçar o sabor dos alimentos e reduzir a quantidade do sal utilizado;**
- Evitar ganho de peso excessivo durante a gestação, mantendo esse ganho dentro de limites saudáveis a partir da prática de atividades físicas, conforme as orientações de um profissional de saúde;
- **Não consumir bebida alcoólica ou cigarro.**

Em relação ao consumo de café, recomenda-se às mulheres grávidas e lactantes (amamentando), no máximo 200 mg de cafeína (uma xícara) por dia. Se preferir consumir após o almoço, aguardar pelo menos uma hora depois da refeição para não prejudicar a absorção dos nutrientes.[44]

Imagem 18 - Gestante com alimentação saudável.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

O estado nutricional materno pré-gestacional e o ganho de peso adequado durante a gravidez têm importante impacto sobre a saúde da mãe e do feto.[45] A obesidade materna e o ganho de peso excessivo na gestação elevam os riscos de problemas como Diabetes Gestacional, Hipertensão, Pré-eclâmpsia, cesarianas, Hemorragia Puerperal, crescimento intrauterino restrito, recém-nascido grande ou pequeno para a idade gestacional, além de expor a criança a maior risco de complicações em curto e longo prazo.[46]

É relevante o ACS recomendar que a gestante substitua comidas gordurosas e ricas em açúcar por alimentos saudáveis, com o objetivo de manter o peso adequado e promover hábitos alimentares equilibrados. Durante a gestação, não deve ser feita dieta para perda de peso, mas sim prevenção do ganho excessivo.[34]

6. Prevenção da anemia na gravidez

A anemia é, na maior parte dos casos, resultado da ingestão inadequada de ferro na alimentação. Durante a gestação, essa condição está ligada ao aumento no risco de mortalidade tanto para a mãe quanto para o feto, além de complicações como parto prematuro e baixo peso ao nascer.[34]

Portanto, é essencial aconselhar a gestante a incluir em sua alimentação diária alimentos ricos em ferro, como carnes (especialmente vermelhas), vísceras (fígado de boi), feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais e castanhas. Esses alimentos devem ser consumidos juntamente com fontes de vitamina C, como suco de acerola, laranja, caju ou limão,[47] sempre feito com frutas frescas.

Além disso, é importante que a gestante busque atendimento na Unidade de Saúde para receber a suplementação preventiva de ferro, que deve ser utilizada diariamente a partir da confirmação da gravidez até o terceiro mês após o parto, conforme detalhado no quadro 2 do presente capítulo.[20]

ATENÇÃO

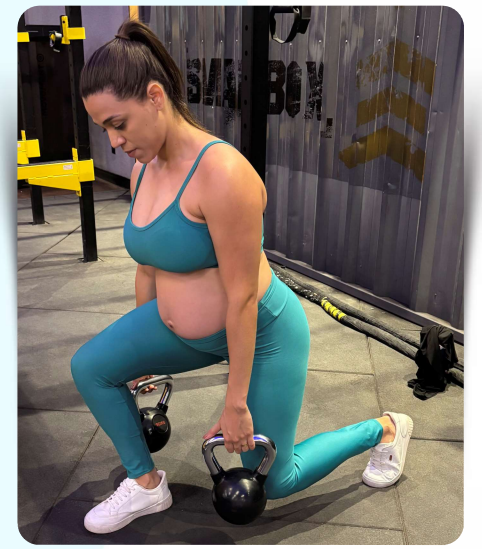
Caso a mulher refira náuseas ou vômitos após o uso do sulfato ferroso, o ACS deve orientá-la a informar o quadro para a enfermeira ou o médico na próxima consulta de pré-natal.

7. Atividade física durante a gestação

A prática de atividade física durante a gestação e no período pós-parto é segura, proporciona diversos benefícios para a saúde materna e fetal, além de diminuir os riscos de diversas complicações relacionadas à gravidez. Dentre os benefícios da atividade física durante a gestação e pós-parto, pode-se mencionar:[48]

- Contribui para melhor qualidade de vida;
- Promove relaxamento, divertimento e aumenta a disposição;
- Auxilia no controle do peso corporal;
- Reduz o risco de desenvolver Hipertensão, Diabetes Gestacional e Pré-eclâmpsia;
- Melhora a capacidade para realizar as atividades cotidianas;
- Contribui para a redução da intensidade das dores na região lombar;
- Reduz o risco de depressão;
- Auxilia na inclusão social, na criação e fortalecimento de vínculos com outras pessoas;
- Reduz o risco de parto prematuro;
- Ajuda a criança a nascer com peso adequado.

Imagem 19 - Gestante praticando atividade física.



Fonte: Acervo das autoras (2025).

Recomenda-se às gestantes, que não apresentam contraindicações, a prática de 150 minutos de atividade física moderada por semana (cerca de 30 minutos por dia, pelo menos cinco dias na semana), podendo ser mantida até o parto ou enquanto for confortável para a gestante.[48]

Caso a mulher seja fisicamente ativa desde antes da gestação, na primeira consulta de PN, deve ser orientada a perguntar para a enfermeira ou ao médico, se pode ou não continuar com a atividade que realizava anteriormente à gravidez.[48]

Já aquelas que são sedentárias, é importante iniciar de forma leve como, por exemplo, caminhada de menor intensidade em um ritmo que seja confortável andar e conversar ao mesmo tempo (mínimo de 150 minutos por semana).[48]

Esse tempo pode ser fracionado, por exemplo, em caminhadas de 30 minutos 5 vezes por semana, ou ajustando de forma que se encaixe no dia a dia da mulher, mas sempre buscando cumprir, pelo menos, a meta semanal de 150 minutos.

8. Avaliação do risco gestacional

As gestantes de alto risco são aquelas que apresentam fatores que aumentam a probabilidade de evolução desfavorável da gravidez. O acolhimento com classificação de risco promove agilidade no atendimento, além de definir as necessidades de cuidado e a densidade tecnológica a ser oferecida às usuárias em cada momento da gestação.[34]

É importante destacar que a avaliação do risco gestacional deve ser realizada em cada consulta, pois é uma classificação que pode variar no decorrer da gravidez. Essa abordagem permite um acompanhamento mais eficaz e a implementação de intervenções adequadas e em tempo hábil. A continuidade dessa avaliação ao longo do PN é fundamental para garantir a assistência adequada.[17]

Nem toda situação de risco de uma gestante necessita de encaminhamento ao PN de alto risco. Mas, quando for necessário, a Equipe de Saúde da Família **DEVE** continuar mantendo o vínculo e realizando o acompanhamento PN simultaneamente ao serviço especializado.[34]

Neste contexto, o ACS é essencial, devendo realizar as VD a essas mulheres em intervalos de tempo menores que um mês, verificando se a mesma está indo regularmente ao especialista e se está tendo dificuldade para agendamento de alguma consulta ou exame.

Caso essa gestante esteja com dificuldade para a realização de consultas ou exames, o ACS deve informar à enfermeira ou ao médico o quanto antes, para que o profissional entre em contato com os respectivos setores da gestão para viabilizar o acesso ao serviço necessário.

Durante as VD, os ACS precisam estar atentos à possíveis sinais e sintomas de risco das gestantes, tanto a partir de questionamentos sobre sintomas recentes, quanto observando o ambiente que a mulher vive, bem como alterações visíveis em seu organismo. Abaixo destacamos aspectos importantes que devem ser investigados durante as VD e, se presentes, encaminhar imediatamente para a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde.

9. Fatores de risco para o sofrimento mental

Os profissionais da ESF, conhecendo os fatores de risco para o sofrimento mental das gestantes e puérperas de seu território, podem atuar de forma preventiva e acompanhar aquelas que desenvolvem ou têm risco para a ocorrência de transtornos mentais. Os principais fatores de risco são:[34]

- **Antecedentes pessoais ou familiares de depressão;**
- Sintomas depressivos na gravidez;
- **Distúrbios psiquiátricos pré-existentes;**
- Provenientes de classes socioeconômicas desfavorecidas;
- **Não ter companheiro (a) fixo;**
- Pouco suporte social.

Entre as medidas preventivas contra o sofrimento mental no ciclo gravídico-puerperal, destacam-se: apoio emocional e físico durante a gravidez, o parto e o puerpério pelos profissionais de saúde, família e amigos; esclarecimento do núcleo familiar a respeito da importância de que a mulher se sinta amada e segura; encaminhar a mulher com risco elevado de depressão pós-parto para psicólogo e psiquiatra.[49]

Ao identificar o sofrimento mental na puérpera, é importante que o profissional ofereça atenção diferenciada, buscando auxiliar cada caso. Quando se trata de tristeza puerperal, torna-se fundamental observar se os sintomas diminuem alguns dias após o nascimento da criança e fortalecer o papel da família/rede afetiva no apoio à mulher.

As consultas e as VD da Equipe de Saúde da Família, realizadas logo após o parto, auxiliam no acompanhamento da evolução dos sintomas e no suporte à mulher e à sua família.[34]

Imagem 20 - Gestante com sintomas depressivos.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

10. Sinais e sintomas de alerta

10.1 Dor ou edema (inchaço) em apenas um dos membros inferiores (direito ou esquerdo)

Conforme visto no item 4, do presente capítulo, intitulado "Queixas comuns da gravidez", o edema apresentado pela gestante pode ser um sintoma fisiológico devido às alterações naturais que ocorrem no organismo da gestante.[23]

Todavia, esse sintoma também pode indicar adoecimento importante, por isso, o ACS deve se atentar às seguintes características que configuram edema patológico e demandam intervenção imediata devido aos riscos para a mãe e o feto:[23]

- Edema nos membros inferiores associados à Hipertensão ou ao ganho de peso excessivo em curto intervalo de tempo;
- Edema acima dos joelhos, em face e em mãos;
- Edema em apenas um dos membros inferiores (pode ser sinal de Trombose Venosa Profunda).

Nesses casos, pode-se tratar de um edema patológico. Mulheres que ganham peso rapidamente (mais de 1 quilo em uma semana) indicam retenção de líquido significativa, o que pode levantar suspeitas de Pré-eclâmpsia.[57] Portanto, encaminhe-a imediatamente para avaliação médica na Unidade de Saúde ou na maternidade.

Imagem 21 - Edema patológico em gestante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

É necessária a avaliação clínica dessas mulheres para detectar possíveis doenças relacionadas como, por exemplo, a Pré-eclâmpsia, os distúrbios renais e os processos trombolíticos (Tromboflebite ou Trombose Venosa Profunda).[34]

ATENÇÃO

Caso apareçam sinais e sintomas, como dor ou edema localizado, em apenas UM dos membros inferiores, a mulher deve ser encaminhada IMEDIATAMENTE à maternidade, pois isso pode indicar Tromboflebite ou Trombose Venosa Profunda.[23]

10.2 Dor intensa no flanco (lateral do abdômen)

A infecção urinária é uma complicação relativamente frequente na gestação.[16,34] Algumas modificações fisiológicas no organismo materno e a ação de hormônios no trato urinário da gestante, podem favorecer a ocorrência de Infecção do Trato Urinário, quando o micro-organismo causador se instala na uretra, bexiga, ureteres ou rins.[42] O tratamento deve ser feito com antibiótico prescrito pelo médico[34] ou pela enfermeira conforme protocolo do município.

Imagem 22 - Gestante com dor no flanco.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

O ACS deve orientar que a mulher se atente aos sinais de alerta característicos de Infecção do Trato Urinário:[23]

- Dor ao urinar;
- Dor suprapúbica ("dor no pé da barriga");
- Urgência miccional (sensação de que vai urinar na roupa caso não esvazie a bexiga imediatamente);
- Estrangúria (dor ao urinar e saída lenta da urina);
- Presença de sangramento visível na urina ou no papel higiênico.

A diferença entre infecção urinária de vias baixas (mais comum) e pielonefrite (infecção urinária da parte alta do sistema urinário) é que esta última também apresenta sintomas sistêmicos como febre, calafrios, além de dor no flanco (lateral do abdômen), sendo um quadro de risco que configura ida IMEDIATA para o serviço de saúde.[23,50]

ATENÇÃO

Nas situações de queixas urinárias associadas a sintomas como febre, calafrios ou dor no flanco (lateral do abdômen), a gestante deve ser encaminhada IMEDIATAMENTE para a Unidade de Saúde e, caso o serviço esteja fora do horário de funcionamento, a mulher deve ir para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Quando os sintomas são apenas locais (disúria, dor suprapúbica, urgência miccional ou estrangúria), não há necessidade de atendimento de urgência. Todavia, é necessária avaliação com médico da Unidade de Saúde o quanto antes pois, caso não seja tratada ou demore para iniciar o tratamento, podem ocorrer complicações para o feto, com destaque para o parto prematuro.[23,51]

10.3 Ausência ou diminuição de movimentação fetal

Entre 18 e 20 semanas de gestação, a grávida começa a perceber os movimentos fetais que vão se intensificando à medida que a gestação evolui, devendo a mulher ser conscientizada da importância de observar tal movimentação.[34,52]

Imagem 23 - Gestante observando os movimentos fetais.

Fonte: Acervo das autoras (2020).

A percepção da mãe sobre os movimentos do feto, juntamente com a observação objetiva do crescimento do útero, são indicadores de que o feto está saudável e ativo.[34] A ausência ou diminuição desses movimentos pode ser uma manifestação de que o feto está com baixa concentração de oxigênio ou algum outro problema, sendo uma queixa frequente nas consultas em emergência obstétrica.[53]

A partir de 40 semanas de gestação, ou antes disso, em situações de risco gestacional (hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia, diabetes, dentre outras), é recomendado o registro diário dos movimentos fetais pela gestante e, para isso, deve seguir cuidadosamente as orientações abaixo:[17]

- Alimentar-se antes do registro;
- Sentar-se em uma posição confortável, com a mão sobre o abdômen e em ambiente calmo;
- Colocar a tabela de registro e uma caneta ao lado;
- Registrar na tabela o horário de início e do fim da medida, bem como marcar um x no espaço referente a "movimentos fetais" todas as vezes que a gestante sentir o feto se mexer;
- A contagem deve ser feita em um período máximo de 1 hora.

É considerada "inatividade fetal" quando ocorre menos de seis movimentos por hora. Se, na primeira hora da medida, forem observados cinco movimentos ou menos, recomenda-se que a mulher repita todo o procedimento novamente. Se não sentir os seis movimentos ou mais na repetição (2ª hora), a mulher deve procurar IMEDIATAMENTE o serviço de saúde.[17]

Tabela 1 - Formulário para registro diário de movimentos fetais.

Dia	Horário de início	Movimentos fetais						Horário de término
		01	02	03	04	05	06	

ATENÇÃO

Nas situações em que a mulher percebe a diminuição no padrão da movimentação fetal, o ACS deve orientar que procure a Unidade de Saúde imediatamente (caso esteja em horário de funcionamento) ou a maternidade.

10.4 Contrações uterinas frequentes e dolorosas antes de 37 semanas

As contrações uterinas dolorosas indicam início do trabalho de parto, mas se elas ocorrem antes de 37 semanas é um importante sinal de alerta, pois pode desencadear em trabalho de parto prematuro. Por isso, se a mulher apresentar esse tipo de contração com 36 semanas de gestação ou menos, deve procurar a maternidade IMEDIATAMENTE.[23]

São diversas as situações que podem desencadear contrações uterinas prematuras e/ou dilatação do colo do útero, como por exemplo infecção em canal vaginal ou em trato urinário, deficiência do hormônio progesterona, estresse psicológico, uso de álcool e outras drogas, inflamação, alterações da imunidade materna, dentre outras.[53]

Imagem 24 - Gestante com contrações uterinas.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

ATENÇÃO

Devido ao risco de trabalho de parto prematuro, toda gestante que apresentar contrações uterinas dolorosas antes das 37 semanas de gestação, deve ser orientada a procurar a maternidade.

10.5 Perda de sangue pelo canal vaginal

Em qualquer período da gestação, o sangramento vaginal é sempre um sinal significativo, e sua causa deve ser investigada, pois pode indicar alguma complicação com possível risco materno e/ou fetal.[54]

Na primeira metade da gestação, a presença de sangue pode estar relacionada com situações de abortamento, gravidez ectópica (fora do útero), dentre outras causas. Já na segunda metade, comumente envolve a área do útero onde a placenta está inserida, podendo indicar alterações como placenta prévia (implantada na região da abertura do colo do útero) e descolamento prematuro de placenta, que, em geral, ocorrem após 22 semanas de gestação.[54]

As características do sangramento durante o verdadeiro trabalho de parto serão abordadas com mais detalhes no capítulo 2 deste livro, "Sinais de trabalho de parto".

ATENÇÃO

Caso a gestante apresente perda de sangue pelo canal vaginal é necessário procurar IMEDIATAMENTE a maternidade.

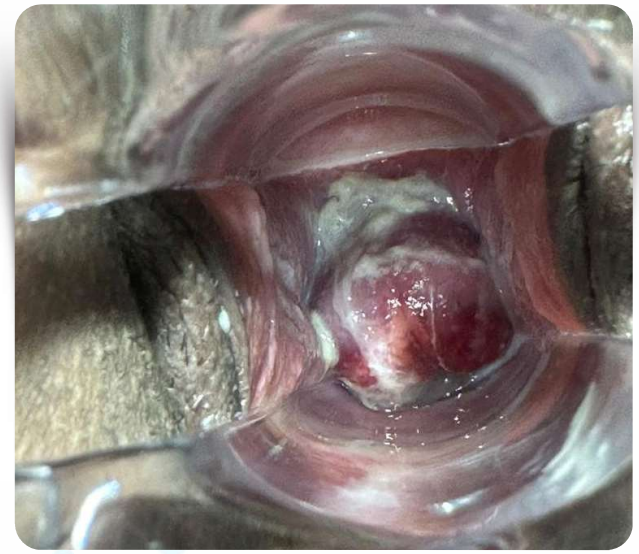
10.6 Corrimento vaginal não fisiológico

O aumento de fluxo vaginal é comum na gestação, o muco fisiológico normal e com aspecto transparente ou esbranquiçado, não coça e não tem odor fétido. Entretanto, se o corrimento tiver cor amarelada, esverdeada, com mau cheiro ou cause coceira, é necessário agendar consulta com a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde.[23,54]

A presença de infecções genitais pode trazer repercussões negativas tanto para a gestante quanto para o feto, levando ao abortamento, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido, sendo que podem ser algum tipo de IST ou outras infecções não transmissíveis.[55]

Diante disso, é muito importante que essas mulheres sejam diagnosticadas o mais rapidamente possível, recebam tratamento imediato e as orientações adequadas para garantir a cura, evitando a reinfecção, transmissão para o feto e para outras pessoas em casos de IST.[55]

Imagem 25 - Corrimento vaginal patológico.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

ATENÇÃO

É essencial que, em toda VD, o ACS questione a gestante a respeito da presença de corrimento vaginal, as características do mesmo e, se a mulher referir alguns dos sinais e sintomas acima descritos, o ACS precisa encaminhá-la para a consulta com a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde, buscando junto ao serviço agilizar o agendamento.

10.7 Pressão arterial alta associada a sinais e sintomas de risco

Considera-se Hipertensão Arterial na gestação quando a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, confirmada por outra medida com intervalo de 4 horas.[56]

É classificada como gestante com **Hipertensão Arterial Crônica** quando o diagnóstico, conforme os critérios acima referidos, ocorre antes da gestação ou quando a gestante normotensa inicia a elevação da pressão arterial antes da 20ª semana de gravidez.[57]

A **Hipertensão Arterial Gestacional** é aquela que ocorre após 20 semanas de gestação, em mulheres que eram normotensas até então, considerando também a elevação da PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, confirmada por outra medida com intervalo de 4 horas.[58]

A gestante hipertensa deve ser incentivada e apoiada a aderir ao tratamento para controle da Hipertensão, devido às graves complicações maternas e fetais que podem ocorrer em decorrência da elevação da pressão arterial.[17]

ATENÇÃO

É atribuição do ACS SEMPRE questionar as gestantes, que estão em tratamento para hipertensão, a respeito do uso correto das medicações prescritas e comparecimento nas consultas agendadas.

A **Pré-eclâmpsia** consiste em uma complicação que ocorre quando a gestante, a partir de 20 semanas de gravidez, ou puérpera apresenta (PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg) mesmo sem sintomas, ou PAS ≥140 mmHg e/ou PAD ≥90 mmHg, associada a proteinúria (proteína na urina) ou lesões em órgãos-alvo, sendo que essas lesões podem se manifestar por: edema em mãos ou face, cefaleia persistente, escotomas visuais (manchas ou pontos brilhantes que flutuam no campo visual), visão dupla ou turva, epigastralgia (dor no estômago), vômitos ou dor em hipocôndrio direito (região acima da cintura e abaixo do tórax, na parte inferior das costelas), além de alterações em alguns exames laboratoriais.[57]

É importante destacar que gestantes ou puérperas com pico hipertensivo (PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥110 mmHg), ainda que na ausência de sintomas, ou se PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg com ao menos um dos sinais e sintomas acima mencionados, a mulher encontram-se em risco iminente de desenvolver Eclâmpsia (convulsão).[57] Por isso, tais casos devem ser encaminhados IMEDIATAMENTE para a Unidade de Saúde e, se não estiver em horário de funcionamento, para a maternidade.

ATENÇÃO

Todas as vezes que o ACS for à casa de gestantes ou puérperas, principalmente aquelas sabidamente hipertensas, deve perguntar se está sentindo algo no momento e atentar-se para a possibilidade de algum sinal e sintoma que indique risco para Eclâmpsia.

O quadro abaixo apresenta o resumo dos principais sintomas de alerta que o ACS deve ter atenção durante as VD às gestantes, e os respectivos encaminhamentos padronizados no município de Senhor do Bonfim (BA).

Quadro 9 - Sinais e sintomas de alerta na gravidez e serviços de referência.

ATENÇÃO: O **Agente Comunitário de Saúde (ACS)** deve **SEMPRE** perguntar se ela tem no momento sintoma por sintoma do quadro abaixo.	
Sinais e sintomas de ALERTA!	**Encaminhamento**
Dor ou edema (inchaço) em apenas um dos membros inferiores (direito ou esquerdo). **RISCO PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA**	Maternidade
Edema (inchaço) em face ou mãos ou dos pés acima dos joelhos **RISCO DE PRÉ-ECLÂMPSIA**	Unidade de Saúde ou maternidade
Febre **RISCO DE INFECÇÃO**	Unidade de Saúde ou UPA
Dor intensa em flanco (lateral do abdômen) **RISCO DE INFECÇÃO URINÁRIA**	Unidade de Saúde ou UPA
Ausência de movimento fetal por mais de 24 horas **RISCO DE MORTE FETAL**	Unidade de Saúde ou maternidade
Perda de sangue pelo canal vaginal. **RISCO PARA A GESTAÇÃO**	Maternidade
Perda de líquido, que não seja urina. **RISCO DE PARTO PREMATURO**	Maternidade
Contrações uterinas dolorosas antes de 37 semanas. **RISCO DE PARTO PREMATURO**	Maternidade
Se a mulher apresenta pressão alta (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg) na gravidez,[23]* na gravidez e no momento está com ao menos um dos seguintes sintomas: alterações na visão, epigastralgia ("dor no estômago"), dor no hipocôndrio direito (região acima da cintura e abaixo do tórax, na parte inferior das costelas), náuseas, vômitos ou cefaleia intensa (dor de cabeça). ou PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, mesmo sem sintomas.[23] **RISCO DE ECLÂMPSIA**	Unidade de Saúde ou Maternidade

Na presença de qualquer um desses sintomas, a mulher deverá ser encaminhada IMEDIATAMENTE para os locais indicados no quadro. Quando for o caso de Unidade de Saúde (segunda-feira a sexta-feira, de 8h às 17h), finais de semana ou outros horários procurar a UPA ou Maternidade a depender de cada situação.

*Pressão alta na gravidez, parto ou no pós-parto: PAS – Pressão Arterial Sistólica. PAD – Pressão Arterial Diastólica. UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Fonte: Elaboração das autoras (2024).

11. Considerações finais

O trabalho de qualidade do ACS é essencial para a saúde materna e fetal. Esses profissionais devem estar atentos às mulheres da sua área de atuação que estejam grávidas ou com suspeita de gravidez, encaminhando-as o mais precocemente possível para iniciar o PN.

Durante a VD à gestante, o ACS deve realizar educação em saúde, contribuindo assim para o autocuidado dessa mulher, identificar sinais de alerta e fatores de risco, fazendo o encaminhamento necessário para cada situação, bem como realizar busca ativa das gestantes que faltam às consultas de PN.

Com isso, o estudo deste capítulo pelos ACS pode contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do cuidado que oferecem às mulheres casa a casa, mas lembrando que a assistência ao PN deve ser realizada de maneira multidisciplinar, estabelecendo contato com a enfermeira ou o médico da unidade sempre que necessário.

12. Referências

[1] FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020 [Internet]. Rio de Janeiro: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; 2023 [citado em 10 jun. 2023]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/.

[2] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado em 10 jun. 2023]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759.

[3] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). DATASUS. Tabnet [Internet] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 11 jul. 202]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def.

[4] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 10 jun. 2023]. 86 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.

[5] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Saúde Materna [Internet]. OPAS/OMS; 2023 [citado em 10 jun. 2023]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna.

[6] MOTTA, C.T.; MOREIRA M.R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021 [citado em 9 set. 2024]; 26(10):4397–409. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjk3DDSH6B8c5X3TNsKy/.

[7] ALKEMA L.; CHOU D.; HOGAN, D.; ZHANG, S.; MOLLER A.B.; GEMMILL, A. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet [Internet]. 2016 [citado em 10 out. 2023]; 387(10017):462-474. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext

[8] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Millennium Development Goals (MDGs) [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 10 out. 2024]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs).

[9] FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso [Internet]. Brasília: UNFPA; 2022 [citado em 10 jun. 2023]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=para%20grave%20retrocesso-,A%20raz%C3%A3o%20da%20mortalidade%20materna%20no%20Brasil%20aumentou%2094%25%20durante,ONU%20alerta%20para%20grave%20retrocesso&text=Registros%20apontam%20que%20em%202021,%C3%A0%20pandemia%2C%20era%20de%2055.31.

[10] BRASIL. O Brasil e os ODM [Internet]. Brasília: Governo Federal do Brasil; s.d. [citado em 10 out. 2024]. Disponível em: http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm.

[11] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado em 24 set. 2024]. Disponível em: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/MMR_executive_summary_final_mid-res_243.pdf.

[12] COSTA, E. S.; OLIVEIRA, R. B.; LOPES, G. S. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. REAS [internet]. 2021 [citado em 12 jul. 2024]; 13(1):1-9. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5826.

[13] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). OPAS e parceiros lançam campanha para reduzir a mortalidade materna na América Latina e no Caribe [Internet]. Washington, DC: OPAS/OMS; 2023 [citado em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2023-opas-e-parceiros-lancam-campanha-para-reduzir-mortalidade-materna-na-america.

[14] PERRY, H. B.; ZULLIGER, R.; ROGERS, M.M. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. Annu Rev Public Health [Internet]. 2014 [citado em 16 ago. 2024]; 35:399–421. Disponível em: https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354.

[15] LASSI. Z.S.; DAS, J. K.; SALAM, R.A.; BHUTTA, Z.A. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. Reprod Health [Internet]. 2014 [citado em 2024 ago. 16];11(Suppl. 2). Disponível em: https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-S2-S2.

[16] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2019 [citado 08 jun. 2023]. 56 p. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374.

[17] SÃO PAULO (SP). Pré-natal e puerpério: manual técnico. Manual de consulta rápida para profissionais de saúde [internet]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2017 [citado em 08 jul. 2023]. 123 p. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf.

[18] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria GM/MS 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 13 jul. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

[19] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Quais são as orientações que o ACS pode fornecer às gestantes durante as visitas domiciliares? BVS Atenção Primária em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 20 jul. 2023]. Disponível em: https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-as-orientacoes-que-o-acs-pode-fornecer-as-gestantes-durante-as-visitas-domiciliares/.

[20] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 01 out. 2024]. 47 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf.

[21] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota Técnica nº 251 de 2024 - COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS. Recomendações para a suplementação de cálcio durante a gestação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 20 fev. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf.

[22] RIO GRANDE DO SUL (RS). Guia do pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; 2024 [citado em 20 jul. 2023]. 96 p. Disponível em: https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202409/13125928-guia-do-pre-natal-2024.pdf.

[23] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2 jul. 2023]. 231 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

[24] RIO GRANDE DO SUL (RS). Guia do pré-natal na atenção básica [Internet]. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; 2018 [citado em 15 ago. 2024]. 40. P. Disponível em: https://sai4.pelotas.com.br/arquivos/3c9e1936c6f3647f0d64de71e9826bbf.pdf.

[25] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria SECTICS/MS nº 13, 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. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 15 ago. 2024]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-13-de-3-de-abril-de-2024-551933905.

[26] FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Citomegalovírus e gravidez [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2021 [citado em 15 ago. 2024]. 16 p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n16---O---Citomegalovrus-e-gravidez.pdf.

[27] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota Técnica nº 34/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Orientações para a não realização de exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola, em gestantes assintomáticas durante o pré-natal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 15 ago. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-34-2023-cgvdi-dpni-svsa-ms/

[28] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [Internet]. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 15 ago. 2024]. 296 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf.

[29] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Quais orientações sobre vacinação o ACS pode fornecer para a comunidade? [Internet]; 2015 [citado em 12 ago. 2023] Núcleo de Telessaúde Sergipe. Disponível em: https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-orientacoes-sobre-vacinacao-o-acs-pode-fornecer-para-a-comunidade/.

[30] SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). Calendário de Vacinação SBIm Gestante. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025 [internet]; 2024 [citado em 15 ago. 2024]. 1 p. Disponível em: https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf.

[31] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Maternidade na pandemia: o que já se sabe sobre a gestação em tempos de Covid-19? [internet]; 2021 [citado em 17 set. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/combate-ao-coronavirus/noticias/2021/maternidade-na-pandemia-o-que-ja-se-sabe-sobre-a-gestacao-em-tempos-de-covid-19.

[32] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 (SECOVID). Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [citado em 17 set. 2024]. 156 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf/view

[33] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota Técnica nº 23/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2025. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 14 abr. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-23-2025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf

[34] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, n° 32 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 30 set. 2024]. 320 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

[35] NATIONAL HEALTH SYSTEM (NHS). Indigestion and heartburn in pregnancy: your pregnancy and baby guide [Internet]; 2017 [citado em 15 set. 2024]. Disponível em: https://www.nhs.uk/pregnancy/related-conditions/common-symptoms/indigestion-and-heartburn/

[36] MINISTÉRIO DA CIDADANIA (BR). Conhecendo os efeitos do uso de drogas na gestação e as consequências para os bebês [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Cidadania; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/publicacoes/desenvolvimento-social/Cartilhadrogasgestantev2.pdf.

[37] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Encontro com Especialistas 09/06/2022 Cuidados com a Saúde Bucal na Gestação. Portal de Boas Práticas IFF/Fiocruz [Internet]. Rio de Janeiro: IFF Fiocruz; 2022 [citado em 13 jul. 2024]. Vídeo: 33min 21seg. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hof5YtqOxlU&t=280s.

[38] DEGASPERI, J. U.; Dias, A. J. W.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Alterações orais e sistêmicas decorrentes da gestação e a importância do pré-natal médico e odontológico para redução das complicações gestacionais. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [citado em 30 set. 2024];10(3). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349877146_Alteracoes_orais_e_sistemicas_decorrentes_da_gestacao_e_a_importancia_do_pre-natal_medico_e_odontologico_para_reducao_das_complicacoes_gestacionais.

[39] FLORIANÓPOLIS (PR). Protocolo de Enfermagem. Volume 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida [Internet]. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2016 [citado em 15 ago. 2024]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478.

[40] FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Êmese da gravidez. Orientações e Recomendações, nº2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. 32 p. [citado em 15 set. 2024]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SeyrieZ-ZEmeseZnaZGravidezZ-ZwebZ-ZversoZfinal.pdf

[41] ZUGAIB, M. (ed.). Zugaib Obstetrícia. 5ª ed. Barueri: Editora Manole; 2023. 1456 p.

[42] REZENDE FILHO. J. (org.). Obstetrícia Fundamental. 15ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024. 1080 p.

[43] BRUNS, R. Como fica o útero na gravidez? Entenda essa transformação! [Internet]. Fetalmed.net; 2023. Figura 3, Comparação do útero gravídico com o útero não gravídico. [citado em 17 set. 2024]. Disponível em: https://www.fetalmed.net/como-fica-o-utero-na-gravidez-entenda-essa-transformacao/#:~:text=Conforme%20a%20idade%20gestacional%20avan%C3%A7a,final%20do%20abd%C3%B4men%20da%20mulher

[44] NORDIC NUTRITION RECOMMENDATIONS (NNR). NNR 2023. Beverages [Internet; 2023 [citado em 16 set. 2024]. Disponível em: https://pub.norden.org/nord2023-003/beverages.html#:~:text=For%20children%2C%20the%20current%20recommendation,maximum%20200%20mg%20per%20day.

[45] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 20 jul. 2024]. 212.p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf.

[46] MALAVÉ, M. M. Obesidade Gestacional: uma situação de alerta. Portal Fiocruz [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [citado em 15 jul. 2024]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/obesidade-gestacional-uma-situacao-de-alerta.

[47] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Fascículo 3 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo; 2021 [citado em 01 out. 2024]. 15 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo3.pdf.

[48] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Guia de Atividade Física para a População Brasileira [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [citado em 01 out. 2024]. 54 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf

[49] PORTAL DE BOAS PRÁTICAS IFF/FIOCRUZ. Principais Questões sobre Saúde Mental Perinatal [Internet]. Rio de Janeiro: IFF Fiocruz; 2021 [citado em 01 out. 2024]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal/

[50] SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Infecção do trato urinário [internet]. São Paulo; 2023 [citado em 16 set. 2024]. Disponível em: https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/infeccao-urinaria/.

[51] COSTA, B. L. L.; SILVA, B. B.; CRUZ, C. C. V; SILVA, D. T. S.; NASCIMENTO, J. M.; ANJOS, L. G. R. S. et al. Infecção do trato urinário como causa de parto prematuro em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. Braz. J. Health Rev [Internet]. 2023 [citado em 24 ago. 2024]; 6(5): 20876-886. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62965.

[52] CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; DASHE, J. S.; HOFFMAN, B.L.; CASEY, B. M. et al (org.). Obstetrícia de Williams. 25ª ed. Porto Alegre: Grupo A; 2021. 1344 p.

[53] RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S. H.; MAGALHÃES, J. A.; PASSOS, E. P.; OPPERMANN, M. R. L.; WENDER, C. (org.) Rotinas em Obstetrícia. 8ª ed. Porto Alegre: Grupo A; 2023. 984 p.

[54] ALMEIDA, L. P.; REIS, A. T. (org.). Enfermagem na prática materno-neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 312 p.

[55] PEDER, L. D.; MELO, J. A.; SILVA, C. M.; MADEIRA, H. S.; TEIXEIRA, J. J. V. Infecções genitais e fatores de risco em gestantes atendidas em um serviço de saúde pública. Rev. Espaço para a Saúde [Internet]. 2018 [citado em 19 jul. 2024]; 19(1):82-90. Disponível em: https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/584/pdf

[56] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 20 jul. 2024]. 692 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

[57] SOUSA, F. L. P.; CUNHA FILHO, E. V.; KORKES, H. A.; PERAÇOLI, J. C.; RAMOS. J. G. L; SASS, N. et al. Hipertensão Arterial Crônica – Protocolo n° 01/2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG); [Internet]. 2023 [citado em 16 ago. 2024]. 21 p. Disponível em: https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/Protocolo-HAC-FINAL.pdf.

[58] PERAÇOLI, J. C.; COSTA, M. L.; CAVALLI, R. C.; OLIVEIRA, L. G.; KORKES, H. A.; RAMOS, J. G. L. et al. Pré-eclampsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG) [Internet]. 2023 [citado em: 16 ago. 2024]. 63 p. Disponível em: https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf.

Capítulo 2

Sinais de trabalho de Parto

Sálem Ramos de Almeida
Chalana Duarte de Sena Fraga
Magna Santos Andrade

agência uneb de inovação

Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno:
A atuação do Agente Comunitário de Saúde.

1. Introdução

O conhecimento da gestante e dos seus familiares sobre os sinais e sintomas que indicam o início do trabalho de parto (TP) é essencial para que busquem a maternidade apenas no momento apropriado para o parto. As idas desnecessárias a esse serviço de saúde podem gerar ansiedade, estresse e medo, impactando negativamente na evolução do pré-parto e parto.[1]

A diminuição de internações de gestantes em falso TP tende a reduzir também o número de hospitalizações precoces, o tempo de permanência no serviço, o risco de infecções e a realização de intervenções desnecessárias.[2] Portanto, procurar a maternidade apenas no momento adequado para o parto é de grande importância para a saúde da mãe e do feto.

Para a disseminação desse conhecimento, a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental, pois esse profissional pode explicar de forma detalhada, durante as visitas domiciliares às mulheres grávidas, os sinais e sintomas que indicam o início do TP e o momento ideal de procurar a maternidade.[3]

Quando o ACS compreende sua função, está ciente de seus direitos e responsabilidades frente à comunidade e tem conhecimento baseado em evidências científicas, consegue transmitir informações confiáveis, contribuindo assim para a melhoria da saúde da população como um todo,[4] com destaque para a saúde materna.

2. Sinais de trabalho de parto

O TP é um processo fisiológico que antecede o parto e a chegada do recém-nascido ao mundo. Existem alguns fatores comuns (descritos nos tópicos abaixo) que, quando identificados adequadamente, contribuem para reconhecer o momento de proximidade do parto.[5]

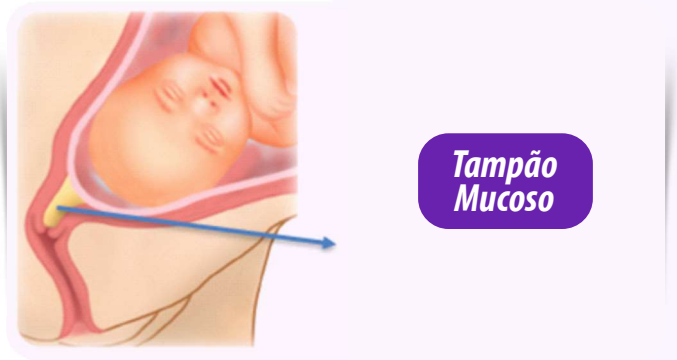
Para tal entendimento, é importante compreender as seguintes definições:[5]

- **(I) Parto prematuro (pré-termo):**
  Quando ocorre antes de 37 semanas de gravidez;
- **(II) Parto a termo (período esperado para o nascimento):**
  Acontece de 37 a 41 semanas de gravidez;
- **Parto pós-termo:**:
  A criança nasce a partir de 42 semanas de gestação.

2.1 Perda do tampão mucoso

A saída do tampão mucoso é um sinal comum que antecede o TP, no entanto, algumas mulheres podem não perceber sua eliminação. Trata-se de uma secreção espessa e gelatinosa, produzida por células da endocérvice (parte interna do colo uterino) durante a gestação, que tem a função de proteger o órgão contra os microrganismos, formando uma barreira que impede a entrada de agentes infecciosos no útero que possam ser prejudiciais ao feto.[6]

Imagem 1 - Localização do tampão mucoso.



Fonte: Retirada do livro Rezende Obstetrícia Fundamental.[5]

Na fase final da gravidez, dias ou semanas antes do início do parto, o tampão mucoso pode se desprender, ser liberado do colo do útero e sair pelo canal vaginal, sendo eliminado inteiro ou em pequenas quantidades ao longo dos dias. Sua saída é um sinal de que o corpo está se preparando para o nascimento, mas NÃO indica que o TP está iniciando naquele momento.[6]

Assim, a saída do tampão mucoso NÃO requer a ida imediata à maternidade, sendo necessário apenas que a mulher informe o ocorrido à enfermeira ou ao médico na próxima consulta de pré-natal.[6]

Em relação à coloração, conteúdo e espessura, o aspecto do tampão assemelha-se ao da clara de ovo ou à gelatina, com consistência mais firme ou amolecida. Ele pode apresentar coloração transparente, branco-amarelada, amarronzada ou com traços de sangue vermelho-vivo. Em todos esses casos, essas características são consideradas normais.[6]

Imagem 2 - Possíveis aspectos do tampão mucoso.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Entretanto, em algumas situações, a eliminação do tampão pode indicar anormalidades, e o ACS deve ter esse conhecimento para orientar as mulheres sobre tais casos, para que fiquem atentas.

Uma dessas situações que demandam atenção é a saída do tampão mucoso antes das **37 semanas de gravidez, acompanhada de contrações dolorosas e ritmadas, quadro que pode indicar risco de TP prematuro**, devendo a mulher dirigir-se IMEDIATAMENTE à maternidade.[5]

Caso a saída do tampão ocorra antes de 37 semanas, mas a gestante não apresente contrações dolorosas ou demais sinais, não há necessidade de busca imediata pelo serviço de saúde, mas é importante que a mulher informe o ocorrido à enfermeira ou ao médico da Unidade de Saúde na próxima consulta de pré-natal.

ATENÇÃO

Em caso de sangramento, a mulher deve procurar imediatamente a maternidade, pois esse pode ser um sinal de placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta, condições que oferecem risco à saúde materna e fetal .[7]

2.2 Rompimento da bolsa amniótica

Outro sinal bastante conhecido é o rompimento da bolsa amniótica. Embora a mídia frequentemente retrate esse evento em filmes e novelas como um indicativo de que a mulher deve se dirigir imediatamente à maternidade, sob a ideia de que a criança está prestes a nascer, a realidade é bem diferente.

A bolsa amniótica é uma membrana preenchida com líquido que cerca e protege o feto durante toda a gestação. Ela desempenha várias funções vitais, como manter a temperatura fetal constante, proteger o feto de impactos externos, auxiliar no desenvolvimento dos pulmões e dos músculos do sistema digestivo, além de proporcionar espaço para o feto se movimentar.[7]

Imagem 3 - Localização da bolsa amniótica.

Fonte: Retirada do livro Rezende Obstetrícia Fundamental.[5]

A "ruptura das membranas" ou "bolsa d'água estourando" pode acontecer em diferentes momentos: antes do início do TP, durante o TP (momento mais comum) ou, em alguns casos, a criança pode nascer sem que a bolsa tenha se rompido ("feto empelicado"). Contudo, o rompimento indica que o parto está próximo, embora não signifique que a criança nascerá imediatamente.[5]

Mas, em determinadas situações, como na ruptura prematura das membranas (antes das 37 semanas), a gestante deve se dirigir IMEDIATAMENTE para a maternidade e, nesses casos, permanecerá internada até o momento do parto.[8]

Imagem 4 - Feto empelicado.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

O rompimento da bolsa amniótica pode ser percebido pela mulher de diferentes maneiras, podendo ser na forma de gotejamento constante de líquido ou como um jato mais intenso pelo canal vaginal, com coloração clara ou transparente, com ou sem grumos, geralmente sem cheiro,[7] embora possa apresentar odor levemente semelhante ao de água sanitária. Apesar de haver a possibilidade de ocorrer durante a contração, o rompimento em si é um processo indolor.

Caso o líquido apresente coloração escura ou esverdeada, isso pode indicar a presença de mecônio, uma substância escura e viscosa que consiste nas primeiras fezes do feto, liberadas ainda dentro do útero nos casos em que o feto está pronto para nascer ou está

em sofrimento. Se o líquido apresentar odor fétido, é sinal de uma possível infecção intrauterina, como a corioamnionite, e exige avaliação imediata.[5]

Imagem 5 - Líquido amniótico meconial.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Sendo assim, se o mecônio for visualizado no rompimento da bolsa, ou seja, se o líquido amniótico apresentar coloração esverdeada, a mulher precisa ser avaliada IMEDIATAMENTE. A depender da concentração e da quantidade dessa substância no líquido amniótico, o feto pode aspirá-la, com possibilidade de resultar na síndrome de aspiração meconial e consequente risco de morte.[5]

Outros sinais importantes que demandam encaminhamento IMEDIATO para a maternidade incluem: rompimento da bolsa amniótica com líquido sanguinolento, sangramento intenso pelo canal vaginal (o que pode indicar descolamento prematuro de placenta) ou a ruptura da bolsa antes das 37 semanas (sinal de TP prematuro). Em tais situações, a intervenção rápida da equipe de saúde é fundamental.[9]

Diante do rompimento da bolsa amniótica, a gestante deve ser orientada a observar as características do líquido amniótico, registrar o horário exato em que ocorreu o rompimento da bolsa, atentar à presença de movimentos fetais e a identificar a ocorrência de contrações uterinas.[11]

Se as contrações forem inexistentes ou bem espaçadas e o líquido claro e sem odor, a literatura indica que a gestante pode entrar em TP nas próximas 24 horas. No entanto, ela deve ser avaliada na maternidade durante esse período, independentemente da presença ou não de contrações.[10]

ATENÇÃO

A orientação no município de Senhor do Bonfim é que a gestante procure a maternidade local IMEDIATAMENTE após o rompimento da bolsa, mesmo nas situações em que o líquido amniótico apresente características normais.

2.3 Contrações uterinas

O sinal mais importante para o início do TP é a ocorrência de contrações uterinas. A ocitocina é um hormônio produzido pelo cérebro que desempenha importante papel no parto, pois auxilia o útero, que é um músculo, a contrair-se ritmicamente, empurrando o feto em direção ao canal vaginal, contribuindo para a dilatação do colo do uterino.[7]

Antes das contrações efetivas que sinalizam o início do TP, as gestantes começam a perceber as chamadas contrações de treinamento, ou de Braxton-Hicks. Nessas contrações, a barriga se torna rígida por alguns segundos e, em seguida, relaxa.[7]

Tais contrações costumam ser notadas a partir do terceiro trimestre, são indolores e não exigem nenhuma intervenção para cessar. Esse fenômeno indica apenas que o corpo materno está se preparando para o parto. Portanto, a gestante não precisa se preocupar, nem há necessidade de se dirigir à maternidade.[7]

As contrações que indicam o início do TP propriamente dito são diferentes das de treinamento, pois começam de forma suave e depois vão se intensificando e aumentando a dor, assemelhando-se à sensação de fortes cólicas menstruais.[7]

É importante compreender que o TP é dividido em quatro períodos: período de dilatação (subdividido em fase latente e fase ativa), período expulsivo (nascimento da criança), secundamento (nascimento da placenta) e período de Greenberg (hora de ouro).[5]

Na fase latente do TP, as contrações se apresentam de forma espaçada, podendo ocorrer até duas a cada 10 minutos. Essas contrações são irregulares, sem padrão definido nos intervalos entre elas. Assim, a gestante pode apresentar uma contração e somente após alguns minutos ou horas perceber outra, geralmente acompanhada de dor de leve a moderada intensidade.[5]

As mulheres devem ser informadas que não há uma duração padrão estabelecida para a fase latente do TP, a qual pode variar significativamente de uma pessoa para outra.[11]

De modo geral, essa fase tende a durar mais de 20 horas. Nesse período, a dilatação do colo pode atingir até cinco centímetros, mas é importante destacar que essa avaliação só pode ser feita por profissional de saúde capacitado. A orientação é que, nesse estágio, a conduta seja expectante,[5] assim, a gestante pode permanecer em casa, priorizando o descanso, a alimentação adequada, a hidratação e observar a movimentação fetal e contrações.

ATENÇÃO

Não é correto orientar a mulher a interromper a ingestão de líquidos ou alimentos ao entrar em TP, tal prática pode prejudicar a saúde da mãe e do feto. Durante o TP, deve se hidratar e ingerir alimentos leves.[11]

Já na fase ativa do período de dilatação, as contrações tornam-se mais regulares (com intervalos de tempo menores entre uma e outra), mais duradouras (o tempo em que a barriga fica "endurecida" aumenta) e mais dolorosas, podendo durar, em média, 60 segundos cada contração.[5]

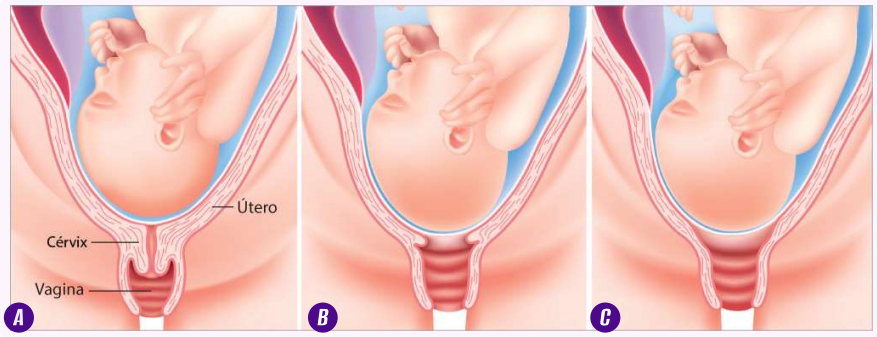
Quando a mulher começar a sentir duas a três contrações em um período de 10 minutos,, representa o momento de ir para a maternidade. É nessa fase que ocorre a dilatação do colo uterino de forma mais expressiva, indicando que o feto está cada vez mais próximo de nascer.[5]

Vale ressaltar que, se essas contrações dolorosas e ritmadas ocorrerem antes das 37 semanas, a mulher deve procurar a maternidade IMEDIATAMENTE, pois há risco de parto prematuro e a criança pode precisar de assistência ao nascer.[7]

Nesse contexto, o ACS pode também sugerir o uso de aplicativos para celular, amplamente disponíveis de forma gratuita nas lojas virtuais, que auxiliam na contagem das contrações. Tais ferramentas, por serem simples e intuitivas, oferecem à mulher maior segurança para monitorar a frequência das contrações e decidir com mais precisão o momento adequado para procurar a maternidade.

No período expulsivo, a mulher já deve estar na maternidade, as contrações estão bastante fortes e ela sente uma intensa vontade de fazer força, semelhante à vontade de evacuar. O colo do útero está completamente dilatado, com 10 centímetros de dilatação, e o feto começa a sair pelo canal vaginal.[5]

Imagem 6 - Apagamento e dilatação do colo.



A: Pequena dilatação sem afinamento do colo uterino.
B: Afinamento e dilatação no primeiro período do trabalho de parto.
C: Afinamento e esvaecimento completos.
Fonte: Retirada do livro Zugaib Obstetrícia.[7]

O secundamento refere-se ao período que ocorre após o nascimento da criança, em que a placenta e as membranas amnióticas são expelidas. Esse processo geralmente acontece em até 30 minutos após o nascimento, mas pode se estender um pouco mais em alguns casos. Durante o secundamento, o útero continua a se contrair para facilitar a expulsão da placenta, e é essencial que o processo ocorra de forma adequada, evitando assim complicações como a Hemorragia.[5]

Por fim, o período de Greenberg (também conhecido como "hora de ouro") ocorre imediatamente após o nascimento da placenta. Trata-se de um momento de vigilância e avaliação cuidadosa, pois há maior risco de Hemorragia. É também o primeiro encontro entre mãe e filho, quando geralmente ocorre o contato pele a pele, sendo recomendado iniciar o aleitamento materno.[5]

Imagem 7 - Primeiro encontro entre mãe e filho após o nascimento.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Em resumo, o TP é um evento fisiológico notável que envolve diversas mudanças hormonais e físicas no corpo da mulher. A identificação e o monitoramento adequado dos sinais de TP são fundamentais para garantir que a gestante se dirija à maternidade apenas no momento adequado, contribuindo para um parto seguro e bem-sucedido.[9]

ATENÇÃO

A recomendação é que a mulher procure a maternidade ao apresentar contrações ritmadas (duas a três contrações a cada 10 minutos).[5]

É fundamental também orientar a gestante sobre o direito previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, em ter um acompanhante de sua escolha, independente do grau de parentesco, durante todo o TP, parto e pós-parto imediato, e que este permaneça com ela na enfermaria até receber alta. Portanto, a gestante tem a liberdade de escolher quem ela desejar para acompanhá-la, e ninguém pode impedir ou interferir na sua escolha.[13]

Imagem 8 - Parturiente e acompanhante.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Outro **direito garantido** a partir da Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, é a vinculação da gestante à maternidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que ela visite, juntamente com o acompanhante, o local no qual receberá assistência ao parto e ao pós-parto.[14] Para isso, o ACS necessita verificar se essa visita aconteceu e, caso não tenha ocorrido, é importante comunicar à enfermeira para que o agendamento seja feito.

Imagem 9 - Visita de vinculação à maternidade.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

O ACS deve orientar a gestante a procurar a maternidade **IMEDIATAMENTE,** se surgirem os seguintes sinais de risco:

- Saída do tampão antes das 37 semanas de gravidez, acompanhada de contrações dolorosas e ritmadas.[7]
- Saída do tampão junto com sangue em excesso, em qualquer momento da gravidez.[7]
- Saída de líquido proveniente da bolsa amniótica com coloração esverdeada, independente do tempo de gravidez.[5]
- Sangramento intenso pelo canal vaginal em qualquer idade gestacional.[9]
- Contrações dolorosas e ritmadas antes das 37 semanas, mesmo sem demais sintomas.[5]

ATENÇÃO

É importante o ACS recomendar a mulher a organizar toda a documentação (documentos pessoais, cartão do SUS, Caderneta da Gestante, todos os exames realizados durante o pré-natal e cartão de vacina), deixando-os juntos e em lugar de fácil acesso para serem encontrados rapidamente no momento de ir à maternidade.

3. Atribuição do ACS em relação aos sinais de trabalho de parto

Os ACS desempenham papel fundamental na orientação e identificação dos sinais de TP, tanto por sempre estarem presentes nas residências das gestantes e suas famílias quanto pelo fato de, muitas vezes, serem os primeiros profissionais contatados quando tais sinais e sintomas se manifestam nas gestantes de sua microárea de atuação.[3]

Com isso, é importante esse profissional compreender que:

- Em algumas situações, o ACS pode ser orientado pela enfermeira ou pelo médico da Unidade de Saúde a acompanhar a gestante até o serviço de saúde;
- Caso seja necessária a remoção da mulher por uma unidade móvel de saúde, o ACS deve permanecer na residência, contribuindo com a comunicação entre o serviço de saúde e a mulher/familiares, auxiliando para que ela chegue à unidade de referência com segurança.

A presença ativa do ACS na comunidade é essencial para a saúde materna e fetal, garantindo que as gestantes recebam os cuidados necessários no momento adequado.[3]

4. Considerações finais

O presente capítulo aborda aspectos importantes relacionados ao TP, que devem ser compreendidos pelos ACS. Assim, a disseminação desse entendimento durante as visitas às casas das gestantes, contribui para que ela e seus familiares sintam-se mais seguros sobre os sintomas esperados e quando podem configurar risco.

O reconhecimento de sinais como a saída do tampão mucoso, o rompimento da bolsa amniótica e a ocorrência de contrações uterinas permite que as mulheres identifiquem corretamente o momento de irem para a maternidade. Isso evita que se dirijam ao serviço antes do momento adequado, reduzindo assim as internações desnecessárias e consequentes riscos à saúde materna e fetal.

Ademais, o texto aborda os períodos do TP e, o repasse de tais conhecimentos pelos ACS, contribui para que as gestantes se sintam mais confiantes e preparadas, facilitando o apoio familiar e a atuação da equipe de saúde durante o processo parturitivo.

Aborda também os direitos das gestantes, como a presença de um acompanhante durante o TP e visita de vinculação à maternidade, reforçando a necessidade de apoio e acompanhamento contínuos. Dessa forma, a combinação entre conhecimento adequado e suporte do ACS contribui diretamente para um parto mais seguro e bem-sucedido.

5. Referências

[1] MATIAS, T. G. C.; FÉLIX HCR, CORRÊA, C. C.; MACHADO, A.; PASCHOINI. M. C.; RUIZ, M. T. Quando ir para a maternidade? Educação em saúde sobre o trabalho de parto. Rev Enferm UFPE Online [Internet]. 2017 [citado em 12 ago. 2024];11(Supl):5478-484. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/23244

[2] FÉLIX, H. C.R.; CORRÊA, C. C.; MATIAS, T. G. C.; PARREIRA, B. D. M.; PASCHOINI, M. C.; RUIZ, M. T. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2019 [citado em 13 ago. 2024];19(2):343-49. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/?lang=pt

[3] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2019 [citado em 15 jul. 2024]. 56 p. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374

[4] ARAÚJO, A.; SILVA, R. L.; SANTOS, C. V. R.; LETTI, A. G.; SUTO, C. S. S.; ROCHA, T. N. A. et al. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o parto e puerpério. Amazônia: Science & Health [Internet]. 2024 [citado em 24 set. 2024];12(2):191–206. Disponível em: http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/4731.

[5] REZENDE FILHO, J. (org.). Obstetrícia Fundamental. 15ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024. 1080 p.

[6] AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION. Mucus Plug – What Is It & What Does It Look Like? [Internet]. 2024 [citado em 17 set. 2024]. Disponível em: https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/labor-and-birth/mucus-plug/.

[7] ZUGAIB, M. (ed.). Zugaib Obstetrícia. 5ª ed. Barueri: Editora Manole; 2023. 1456 p.

[8] AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Prelabor rupture of membranes. ACOG Practice Bulletin [Internet]. 2020 [citado em 22 set. 2024];135(3):e80–97. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080050/.

[9] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 2º jun. 2024]. 692 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

[10] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 24 jul. 2024]. 51 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

[11] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 16 set. 2024]. 238 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215.

[12] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 20 jun. 2024]. 381 p. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Diretriz-Nacional-de-Assist%C3%AAncia-ao-Parto-Normal-2016.pdf.

[13] BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília; 2005 [citado em 25 ago. 2024]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

[14] BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. Brasília; 2007 [citado 2024 set. 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm#:~:text=Art.,casos%20de%20intercorr%C3%AAncia%20pr%C3%A9%2Dnatal.

Capítulo 3

Atenção à mulher no
Pós-parto

Jaiane Santos Oliveira
Chalana Duarte de Sena Fraga
Ana Luísa Macedo de Amorim
Magna Santos Andrade

agência uneb de inovação

Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno:
A atuação do Agente Comunitário de Saúde.

1. Introdução

O puerpério é o período que se inicia após a expulsão da placenta e tem duração média de seis semanas após o parto, porém o término pode ser imprevisível caso existam complicações no pós-parto.[1]

Com a chegada do recém-nascido (RN), a mulher enfrenta novas modificações físicas e hormonais como, por exemplo, a produção do leite materno. Nesse período, surgem também muitas mudanças familiares e sociais, até que haja a adaptação da mãe e dos demais membros da família ao novo integrante.[1]

Diante dessas modificações, é essencial que tanto a mãe quanto o RN recebam acompanhamento adequado. Essa assistência contribui para a prevenção ou tratamento precoce de complicações maternas e neonatais, êxito no processo de amamentação, acolhimento das demandas emocionais da mulher e compreensão dos vínculos que estão sendo formados entre familiares e RN.[2]

Uma das estratégias de promoção da atenção à saúde da mulher ocorre por meio da realização da consulta puerperal, também conhecida como consulta de pós-parto. Esse atendimento deve ser realizado em, no mínimo, dois momentos, sendo uma consulta na primeira semana após o parto e a segunda em até 42 dias de puerpério.[3] Caso haja necessidade, o quantitativo de atendimentos pode ser aumentado.

Estudos indicam que a taxa de realização da consulta puerperal no Brasil é de 73,9%, com as regiões Norte (57,2%) e Nordeste (62,8%), apresentando os menores percentuais de cobertura.[4]

Entre os principais motivos apontados pelas puérperas para a não realização da consulta destacam-se: esquecimento, dificuldades de locomoção, distância entre a Unidade de Saúde e a residência e falta de orientação prévia do profissional de saúde sobre a importância do retorno da mulher para o atendimento. Além disso, fatores sociodemográficos e econômicos, como raça, renda, idade e nível de escolaridade, também estão relacionados à ausência de acompanhamento do serviço de saúde à puérpera.[4-6]

Estudo realizado no Afeganistão mostrou que o comparecimento a pelo menos uma consulta puerperal estava associado à intervenção implementada pela pesquisa, em comparação ao grupo controle. A intervenção consistiu no treinamento dos Agente Comunitário de Saúde (ACS), cujo objetivo principal era melhorar a educação em saúde realizada casa a casa por esses profissionais, às mulheres no período gravídico-puerperal, e o grupo controle não recebeu nenhum tipo de capacitação.[7]

As orientações e o acompanhamento realizados pelos ACS durante as visitas domiciliares (VD) às puérperas, além de contribuir para a maior adesão das mesmas às consultas puerperais, também são essenciais para que a mulher tenha maior autocuidado, bem como aprimore o cuidado ao RN.

2. Atuação do ACS no cuidado à puérpera

A VD é uma atividade de destaque entre as diversas funções realizadas pelos ACS, fundamental para a promoção da saúde na comunidade.

No puerpério, essa atuação tem por objetivo promover a educação voltada à saúde da mãe e do RN, acolher a puérpera e sua família, identificar as intercorrências no parto e pós-parto, verificar a situação vacinal da mulher e da criança, realizar a busca ativa das puérperas que faltaram à consulta de pós-parto ou do RN que não realizou a Triagem Neonatal [8] e demais exames necessários ao nascer, dentre outras atribuições.

A visita realizada casa a casa é uma ação prioritária para a proteção da vida e não pode ser negligenciada, tendo em vista que é sinônimo de qualidade da atenção à saúde materna e, sendo realizada adequadamente, reduz a morbimortalidade materna e neonatal por causas evitáveis.[8]

Nesse contexto, a primeira visita do ACS à casa da puérpera, deve ser realizada, de preferência, nas primeiras 48 horas após a alta hospitalar, caso a gestação e o parto tenham ocorrido sem intercorrências. Se a gravidez foi de risco ou teve complicações no parto, a visita deve ocorrer nas primeiras 24 horas após a alta.[2,8]

Alguns fatores de risco a serem observados a partir do olhar criterioso do ACS durante a VD são: riscos sociais, complicações com o RN e problemas de saúde apresentados pela mulher durante ou após o parto.[8]

Compreende-se por risco social, o fato de o domicílio estar situado em uma área violenta ou a família ter alguma vulnerabilidade como baixo nível de escolaridade e socioeconômico, dentre outros fatores.[8]

Já as complicações com o RN que demandam maior atenção do ACS, correspondem a intercorrências durante o nascimento como Escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto após o nascimento, baixo peso ao nascer (menos de 2.500 gramas), nascimento com menos de 37 semanas de idade gestacional etc.[8]

Em relação aos problemas de saúde apresentados pela mulher, o ACS deve se atentar às intercorrências vivenciadas na maternidade ou durante qualquer momento do pós-parto, mesmo após a alta hospitalar.[8]

Para o levantamento adequado de todas as informações acima descritas, na primeira VD à puérpera, o ACS precisa perguntar para a mesma se ocorreu alguma intercorrência no parto ou pós-parto, tanto com ela quanto com o RN. Também deve pedir para ver toda a documentação fornecida pelo hospital no momento da alta (plano de alta, receituário, caderneta de vacina do RN e outros documentos que lhe foram entregues).

Nesse momento, também é importante que o ACS observe e questione aspectos referentes à saúde da puérpera (higiene corporal, condições da sutura da cesariana ou da região perineal nos casos de parto vaginal, alimentação, sono etc.), de modo a identificar problemas enfrentados pela mulher.[2,8]

É importante que o ACS acolha as dificuldades identificadas a partir do olhar profissional ou referidas pela puérpera e seus familiares, procurando resolvê-las junto à equipe de saúde do território. Caso essas dificuldades apresentem risco para a mãe ou o RN, o profissional deve entrar em contato IMEDIATAMENTE com a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde.

Além disso, é necessário que o ACS esteja atento às condições gerais de saúde do RN (estado geral, alimentação, sono e higiene), se já foi realizada vacinação contra o Bacilo de Calmette e Guérin (BGC) e contra a Hepatite, Triagem Neonatal[8] (teste do pezinho), teste da orelhinha, teste do olhinho, teste da linguinha e teste do coraçãozinho, sendo esse último realizado na maternidade.

Demais aspectos igualmente importantes que merecem a atenção do ACS incluem as condições do ambiente da residência (avaliar se a moradia apresenta riscos à saúde da criança, higiene do local, se há acesso à água tratada, energia elétrica, entre outros), e o contexto familiar (se existe rede de apoio, adaptação da família ao RN, como está a interação com outros filhos, se há conflitos familiares etc.).[8-9]

Outro objetivo da VD é a promoção da saúde materna por meio da educação em saúde, abordando fatores importantes para o autocuidado da puérpera, devendo ser orientada pelo ACS sobre aspectos como loquiação, vacinação, Planejamento Reprodutivo, além do incentivo ao aleitamento materno.[2,8]

A loquiação, popularmente conhecidos como "restos de parto" ou "menstruação pós-parto", refere-se à secreção composta por sangue, restos de tecido e muco, que sai pelo canal vaginal nos dias seguintes ao parto. Recomenda-se que o ACS questione a puérpera sobre a coloração, duração, volume e odor desse sangramento, o que viabiliza o monitoramento de possíveis complicações.[1,10]

Os lóquios reduzem em quantidade e tornam-se mais claros com o passar dos dias, até findar completamente. Com isso, é importante que o ACS explique esses detalhes às mulheres no pós-parto, para que, diante de qualquer alteração, procurem o serviço de saúde. A evolução das características dos lóquios ao longo do período pós-parto é apresentada seguir:[1]

- **Do 1º ao 4º dia após o parto,** o sangramento vaginal apresenta coloração vermelho-vivo;
- **Do 4º ao 10º dia após o parto**, a secreção apresenta aspecto vermelho escuro ou acastanhado;
- **A partir do 10º**, a secreção adquire coloração amarelada;
- **Posteriormente**, até o fim da secreção, a cor torna-se esbranquiçada.

Imagem 1 - Aspecto do sangramento vaginal no pós-parto.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Além disso, espera-se que a loquiação dure de quatro a oito semanas, com volume total durante esse período variando entre 200 e 500 mililitros, e que o odor seja semelhante ao da menstruação. O fluxo de sangue além do esperado pode indicar a existência de hemorragia, e a presença de mau cheiro pode ser sinal de infecção.[1,11]

Caso as situações acima descritas sejam identificadas durante a VD, a mulher precisa ser encaminhada IMEDIATAMENTE para a Unidade de Saúde do bairro e, ao mesmo tempo, o ACS deve entrar em contato com a enfermeira ou o médico do serviço para informar sobre a situação.

Se a Unidade de Saúde não estiver em horário de funcionamento, a mulher precisa ser orientada a procurar IMEDIATAMENTE a maternidade local, pois pode tratar-se de um quadro de infecção pós-parto que, se não diagnosticada e tratada adequadamente, tem possibilidade de levar a graves complicações para a mulher ou até mesmo ao óbito.[1]

Na VD, também é importante informar sobre a realização de atividades físicas, a suplementação de ferro, a realização da consulta de pós-parto e a adoção de uma alimentação adequada.[12-13]

O momento preconizado para retomar as atividades físicas varia conforme a via de parto. No caso de partos vaginais, não há restrições temporárias impostas, e a mulher pode iniciar as atividades assim que se sentir fisicamente pronta. Em contrapartida, após cesariana, as orientações médicas divergem. Contudo, a recomendação predominante é esperar cerca de 6 semanas para atividades leves e 12 semanas para exercícios de maior intensidade, como a musculação.[12]

A suplementação de ferro necessita ser mantida nos primeiros três meses de pós-parto. A recomendação é de 40 miligramas de ferro elementar via oral, administrado diariamente, ingerido de preferência uma hora antes do almoço e, se possível, junto com suco de fruta cítrica (laranja, limão, acerola etc.), pois a vitamina C contribui para a absorção do ferro. Essa suplementação é importante para prevenir a anemia resultante da perda de sangue que ocorre durante o parto.[13]

3. Rotina da consulta puerperal

Como mencionado anteriormente, é fundamental que a puérpera compareça às duas consultas de pós-parto, as quais são realizadas pela enfermeira ou pelo médico da Unidade de Saúde. A primeira deve ocorrer em até sete dias do parto e a segunda em torno de 42 dias após o parto.[2]

O ACS necessita estar atento se essa mulher de fato compareceu à consulta, a partir de questionamento feito em cada VD realizada à puérpera, nas primeiras seis semanas após o parto. Caso a mesma tenha faltado, deve questionar o motivo da falta, orientá-la sobre a importância de tal acompanhamento e encaminhá-la à Unidade de Saúde para agendar um melhor dia e horário do atendimento.

Na situação de recusa da mulher em comparecer à Unidade de Saúde para a consulta, o ACS deve agendar VD conjunta com a enfermeira ou o médico da equipe.[2-3]

O comparecimento da mulher nas consultas puerperais é de extrema importância, pois nesses atendimentos sua saúde será avaliada, exames complementares poderão ser solicitados conforme necessário, além de orientações importantes a serem fornecidas, como informações sobre Planejamento Reprodutivo, sinais de alerta no pós-parto, aleitamento materno, dentre outras. Também ocorrerá acompanhamento de comorbidades gestacionais e encaminhamento para especialista caso necessário.[3]

4. Vacinação no pós-parto

Na primeira VD à puérpera, também é atribuição do ACS verificar a página da Caderneta da Gestante onde estão registradas as vacinas, e os cartões de vacinação anteriores à gravidez, para assim realizar as orientações e encaminhamentos para cada caso.

Os imunizantes que compõem o calendário de vacinas da puérpera são: dTpa, dT, Hepatite B, Influenza e Covid-19.[14]

Quadro 1 - Esquema vacinal da dT/dTpa.

Vacinação antitetânica (dT/dTpa)	
Histórico vacinal	**Condução no pós-parto**
Se a puérpera fez dTpa na gravidez e tem ao menos 2 doses de dT durante a vida.	Não precisa vacinar.
Se a puérpera não fez dTpa na gravidez e tem ao menos 2 doses de dT durante a vida.	1 dose de dTpa até 45 dias após o parto.
Vacinação incompleta tendo apenas 1 dose de dT durante a vida.	1 dose de dTpa até 45 dias após o parto. 1 dose de dT com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias) a partir da data que fez a dTpa.
Não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	1 dose de dTpa até 45 dias após o parto. 1 dose de dT com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias) a partir da data que fez a dTpa. 1 dose de dT com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias) a partir da data que fez a dose anterior de dT.

Indicação: Essa vacinação oferece proteção contra difteria, tétano e coqueluche ao recém-nascido, além de garantir a segurança da gestante. Toda mulher grávida precisa receber uma dose da vacina dTpa durante cada gestação, mesmo se fez uso do imunizante em gestações anteriores. No entanto, se não for vacinada durante o período gestacional, a imunização deve ocorrer no puerpério, o mais cedo possível, preferencialmente até 45 dias após o parto, visando principalmente a transmissão de anticorpos ao recém-nascido, até que ele receba suas vacinas.[14-15]

Siglas: dT – difteria e tétano; dTpa – difteria, tétano e pertusis acelular.
Fonte: Retirado do Calendário de Vacinação, Sociedade Brasileira de Imunizações.[14]

Quadro 2 - Esquema vacinal da Hepatite B.

Hepatite B	
Histórico vacinal	**Condução no pós-parto**
Puérpera fez 3 doses durante a vida.	Não precisa vacinar.
Puérpera fez apenas 1 ou 2 doses durante a vida.	Completar esquema para totalizar 3 doses.
Puérpera NÃO vacinada anteriormente.	Três doses. Esquema: 0 - 1 - 6 meses. Intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose.

Fonte: Retirado do Calendário de Vacinação, Sociedade Brasileira de Imunizações.[14]

Quadro 3 - Esquema vacinal da Influenza.

Influenza	
Histórico vacinal	**Condução no pós-parto**
Não foi vacinada durante a gravidez.	Dose única durante a campanha, devendo ser realizada mesmo se a mulher foi imunizada nas gestações ou puerpérios prévios.

Fonte: Retirado do Calendário de Vacinação, Sociedade Brasileira de Imunizações.[14]

Quadro 4 - Esquema vacinal da Covid - 19.

Covid-19	
Histórico vacinal	**Condução no pós-parto**
Se vacinada durante a gravidez.	Não vacinar.
Não foi vacinada durante a gravidez.	Dose única no puerpério.

Indicação: Mulheres no período gravídico-puerperal são um grupo de risco para as complicações e mortes causadas pela infecção do vírus. Por isso, a importância de receber uma dose em cada gestação e, caso não tenha vacinado, fazer no pós-parto.[16-17]

Fonte: Retirado da Nota Técnica nº 23 de 2025 sobre mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2025, Ministério da Saúde.[17]

5. Métodos contraceptivos utilizados no pós-parto disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

Em todas as VD realizadas às mulheres no período puerperal, o ACS precisa perguntar se está sendo utilizado algum método para evitar a gravidez.

Na primeira VD (que, como mencionado anteriormente, é realizada na primeira semana de vida), o ACS deve informar que o Ministério da Saúde recomenda a retomada das atividades sexuais pelo menos duas a três semanas após o parto, independentemente da via de parto (vaginal ou cesariana).[3]

Todavia, nem sempre esse período é respeitado, por isso, é fundamental que o ACS esclareça durante a visita que a mulher pode engravidar após o parto caso tenha relação desprotegida, mesmo antes do período de 2 a 3 semanas recomendados para retorno da atividade. Além disso, também é importante destacar que a gravidez pode ocorrer mesmo se a mulher estiver amamentando (inclusive em aleitamento exclusivo), ainda que a menstruação não tenha retornado.[2]

Outro aspecto relevante é que a puérpera e seu companheiro (a) compreendam que é natural ocorrer a diminuição da libido e da lubrificação vaginal após o parto, em virtude das mudanças hormonais e emocionais desse período. Com isso, as práticas sexuais devem ocorrer somente quando ela se sentir confortável, sendo importante destacar que essa condição tende a se normalizar com o tempo.[2]

No que diz respeito ao Planejamento Reprodutivo, o ACS precisa orientar sobre a relevância da contracepção no pós-parto e quais são os métodos contraceptivos disponíveis que podem ser utilizados durante o puerpério.

A seguir, são apresentados os métodos oferecidos pelo SUS que podem ser utilizados no pós-parto. Exceto os preservativos, todos os contraceptivos abaixo mencionados devem ser utilizados apenas sob prescrição da enfermeira ou do médico.

5.1 Preservativo interno e externo

Trata-se de um contraceptivo de barreira (impede o encontro do óvulo com o espermatozoide) de extrema importância, pois confere proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a gravidez, o que vale tanto para o preservativo interno (anteriormente conhecido como feminino) quanto para o externo (conhecido como masculino).[18]

Imagem 2 - Preservativo externo.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 3 - Preservativo interno.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Até que a mulher opte por iniciar qualquer outro método após o parto como Dispositivo Intrauterino (DIU), injetáveis, contraceptivos orais ou métodos cirúrgicos, o uso do preservativo deve ser mantido em TODAS as relações sexuais. Isso é válido mesmo se a mulher estiver amamentando e sem menstruar, visto que há possibilidade de engravidar também nessas condições.[1]

Taxa de falha

Gravidez a cada 100 mulheres por ano que utilizam o preservativo interno (feminino) (primeiro ano de uso):[18]
Uso correto e consistente - 5% / Uso habitual (rotineiro) - 21%

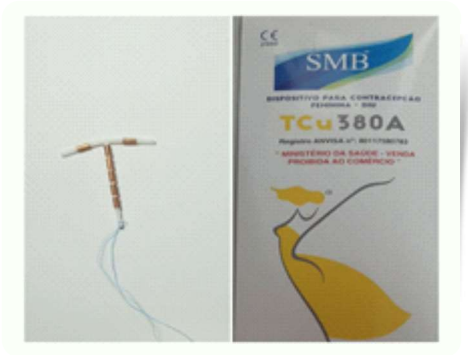
Taxa de falha

Gravidez a cada 100 mulheres por ano cuja parceria utiliza o preservativo externo (masculino) (primeiro ano de uso):[18]
Uso correto e consistente - 2% / Uso habitual (rotineiro) - 13%

5.2 Dispositivo Intrauterino de Cobre

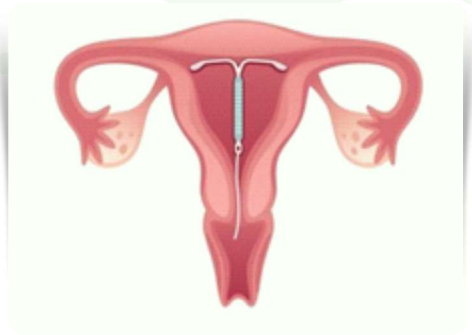
O DIU disponível no SUS é o TCU 380, uma pequena estrutura de plástico, flexível, que possui fio de cobre ao redor. Esse contraceptivo atua provocando alterações bioquímicas que prejudicam tanto o espermatozoide quanto o óvulo, dificultando a fecundação.[1,18]

Imagem 4 - DIU de cobre.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 5 - DIU de cobre inserido no útero.



Fonte: Retirada do site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.[19]

É importante ressaltar que o DIU NÃO possui efeito abortivo, sendo considerado um método extremamente eficaz, pode permanecer no corpo da mulher por até 10 anos (DIU de cobre) e, caso a mesma deseje engravidar novamente, a fertilidade retorna imediatamente após a remoção do dispositivo.[18]

Este método pode ser inserido até 48 horas após o parto, ainda na maternidade. Caso tal intervalo de tempo seja ultrapassado, recomenda-se aguardar pelo menos quatro semanas para que a inserção do dispositivo seja realizada. [18,20]

Como qualquer outro método, o DIU pode causar algumas reações, principalmente cólicas menstruais mais intensas e aumento do sangramento durante a menstruação, sintomas que tendem a melhorar de três a seis meses após a inserção. Nas situações em que esses sintomas não regridam, a mulher deve ser encaminhada à Unidade de Saúde para avaliação mais detalhada pela enfermeira ou pelo médico do serviço.[18]

ATENÇÃO

Circulam na comunidade diversos mitos sobre o DIU, o que pode dificultar a adesão das mulheres à esse método, que é extremamente eficaz e seguro.

MITOS como: o DIU aumenta o risco de infecções na mulher, o DIU atrapalha a amamentação, o DIU é um método abortivo ou o DIU pode atrapalhar as relações sexuais, são totalmente FALSOS.

Taxa de falha

Gravidez a cada 100 mulheres por ano que utilizam o DIU (primeiro ano de uso):[18]
Uso correto e consistente - 0,6% / Uso habitual (rotineiro) - 0,8%

5.3 Minipílula

Trata-se de um anticoncepcional oral à base exclusivamente de progestágeno, semelhante à progesterona que é um hormônio natural encontrado no corpo da mulher.[18]

É indicada para mulheres amamentando, ou aquelas que não amamentam, mas apresentam alguma contraindicação ao estrógeno (hormônio presente nos anticoncepcionais orais combinados e injetáveis mensais).[18]

A minipílula atua promovendo o espessamento do muco cervical (naturalmente liberado no canal vaginal) que, sendo mais espesso, dificulta o movimento dos espermatozoides ao encontro do óvulo. Esse contraceptivo também pode inibir a ovulação.[18]

É importante orientar a puérpera sobre quando começar e como utilizar a minipílula, podendo ser iniciada a qualquer momento após o parto (tendo certeza de que não está grávida).[18]

Sua utilização precisa ser contínua (sem intervalo entre uma cartela e outra), devendo ser ingerida todos os dias, rigorosamente no mesmo horário. Caso a mulher atrase três horas ou mais em relação ao horário de uso diário, há risco de engravidar.[2,18]

Imagem 6 - Minipílula.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

ATENÇÃO

É importante o ACS orientar a mulher a procurar a enfermeira ou o médico da Unidade de Saúde caso atrase o horário do uso da medicação em três horas ou mais e tenha tido relação sexual nos últimos cinco dias, para avaliar a necessidade do uso da pílula de emergência.

Ao parar de amamentar ou quando a oferta de alimentos externos é maior do que o leite materno (o que acontecer primeiro), a puérpera deve procurar a Unidade de Saúde, pois recomenda-se a troca da minipílula por algum outro método contraceptivo mais adequado às suas necessidades.[2,18]

Mas, se a mulher quiser permanecer com a minipílula e não existam contraindicações, o profissional do serviço de saúde reforçará a importância do uso correto do método e o mesmo poderá ser mantido.[18]

ATENÇÃO

Mulheres que estão em aleitamento exclusivo ou misto (com predominância do leite materno), não devem utilizar anticoncepcionais orais combinados, ou seja, aqueles que contêm estrogênio e progesterona, como a pílula combinada ou a injeção mensal, pois o hormônio estrógeno pode comprometer a quantidade e a qualidade do leite materno.[18]

Taxa de falha

Gravidez a cada 100 mulheres por ano que utilizam a minipílula (primeiro ano de uso):[18]
Uso correto e consistente - 0,3% / Uso habitual (rotineiro) - 0,7%

5.4 Injetável trimestral

O Injetável trimestral (Acetato de Medroxiprogesterona) consiste em um método à base de progestágeno, semelhante à progesterona que é um hormônio naturalmente encontrado no corpo da mulher. O principal mecanismo de ação é a inibição da ovulação (liberação do óvulo pelos ovários).[18]

Em relação a esse método, é importante o ACS informar sobre o período de pós-parto que pode ser aplicado, sendo indicado a partir de seis semanas após a data do parto. Quanto ao retorno para uma nova administração, deve ser impreterivelmente após três meses completos em relação à data da última dose.[18]

Imagem 7 - Injetável Trimestral.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

É importante orientar a mulher sobre a possibilidade de haver sangramentos irregulares ou prolongados nos primeiros três meses de uso da medicação, o que não configura nenhum tipo de problema para a saúde.[18]

ATENÇÃO

A ideia de que o injetável trimestral é uma "bomba" de hormônios, pois a mulher precisa utilizá-lo apenas uma vez a cada três meses é totalmente FALSA. Esse método é extremamente seguro e não traz malefícios devido ao maior intervalo de tempo entre as doses.

Taxa de falha

Gravidez não planejada a cada 100 mulheres por ano que utilizam o injetável trimestral (primeiro ano de uso):[18]
Uso correto e consistente - 0,2% / Uso habitual (rotineiro) - 4%

5.5 Pílula anticoncepcional de emergência

Também conhecida como "pílula do dia seguinte", trata-se de um método contraceptivo oral para a prevenção da gestação caso a mulher tenha tido relação sexual desprotegida (sem uso de contraceptivo ou falha do método em uso). O mecanismo de ação principal é a inibição ou retardo da ovulação.[18]

Consiste em um anticoncepcional à base de levonogestrel (semelhante ao progestágeno natural existente no corpo feminino), podendo também ser utilizada nas mulheres que estão amamentando, caso necessário.[18]

A pílula de emergência possui duas apresentações: caixa contendo 1 comprimido com 1,5 mg de levonogestrel, devendo ser ingerido em dose única, ou caixa com 2 comprimidos contendo cada um 0,75 mg de levonogestrel, podendo ser os dois ingeridos no mesmo momento ou com intervalo de 12 horas.[18]

Imagem 8 - Pílula de emergência.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

É importante que o ACS oriente a mulher a utilizar esse método nas seguintes situações: em caso de relação sexual desprotegida (sem o uso de nenhum método contraceptivo); se o preservativo foi utilizado de maneira inadequada, tenha saído ou rompido durante a relação; uso incorreto de pílula combinada, minipílula ou contraceptivos injetáveis.[18]

Além disso, é essencial informar que a pílula de emergência deve ser utilizada em até cinco dias (120 horas) após a relação e que quanto menor o tempo entre a relação e o uso da medicação, maior será a eficácia para a prevenção da gravidez.[18]

É importante também esclarecer que, após o uso da pílula, a mulher pode apresentar alguns efeitos colaterais, mas que não são comuns, como náuseas, vômitos, fadiga, tontura, dores nas mamas, irregularidade menstrual, dentre outros. No entanto, se esses efeitos forem muito intensos ou caso haja atraso menstrual superior a sete dias, a mesma deve procurar a Unidade de Saúde para descartar a possibilidade de gravidez.[18]

Muitos mitos existem em torno do uso da pílula do dia seguinte, tais como:

- É um método abortivo;
- Quanto mais a mulher usa, menor é o seu efeito;
- É uma "bomba" de hormônios e, por isso, prejudica a saúde da mulher.

ESSAS IDEIAS SÃO FALSAS!!!

A pílula de emergência é extremamente segura para a mulher e não existe contraindicação para o uso do método[18], podendo inclusive ser utilizada por mulheres que estão amamentando.

No entanto, é sempre importante lembrar que o ideal é que a mulher utilize o método contraceptivo de rotina de forma adequada (como injeção, pílula, DIU etc.), pois o uso da pílula de emergência indica que houve risco de gravidez. Quanto mais frequentes forem as relações sexuais desprotegidas, maior será a probabilidade de uma gravidez não planejada.

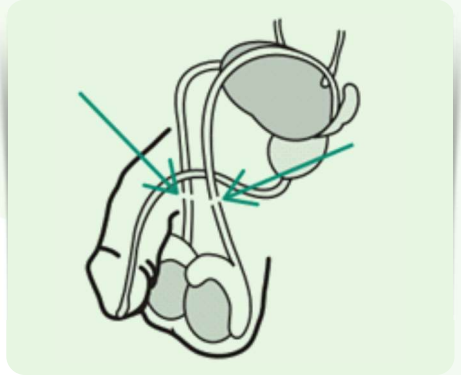
5.6 Laqueadura/vasectomia

A laqueadura e a vasectomia são métodos permanentes que atuam impedindo o encontro entre o óvulo e o espermatozoide, por meio de corte cirúrgico das trompas e dos canais deferentes.[18]

Imagem 9 - Laqueadura.

Fonte: Retirada do handbook Family planning–A global handbook for providers do WHO.[18]

Imagem 10 - Vasectomia.



Fonte: Retirada do handbook Family planning–A global handbook for providers do WHO.[18]

IMPORTANTE

De acordo com a Lei nº 14.443 de 2 de setembro de 2022, toda pessoa com 21 anos ou mais, independentemente de ter filhos ou não, ou que tenha entre 18 e 20 anos e pelo menos 2 filhos, pode fazer laqueadura ou vasectomia sem a necessidade de autorização do (a) cônjuge.[20]

Se o método cirúrgico for a escolha do indivíduo, basta procurar a Unidade de Saúde do bairro para agendar uma consulta com a enfermeira ou o médico. Nessa consulta, é importante manifestar o desejo de realizar a laqueadura ou a vasectomia e seguir os trâmites que serão orientados durante o atendimento.

Taxa de falha

Gravidez não planejada a cada 100 mulheres que realizaram laqueadura (primeiro ano pós cirurgia):[18]
Uso correto e consistente - 0,5% / Uso habitual (rotineiro) - 0,5%

Taxa de falha

Gravidez não planejada a cada 100 mulheres cujo parceiro realizou vasectomia (primeiro ano pós cirurgia):[18]
Uso correto e consistente - 0,1% / Uso habitual (rotineiro) - 0,15%

6. Principais complicações no período puerperal

É importante lembrar que a mulher pode apresentar complicações no pós-parto, tanto nos primeiros dias, quanto nas semanas seguintes, sendo que as mais frequentes são: Pré-eclâmpsia, Hemorragia Pós-parto, Infecção Puerperal, Tromboembolismo Venoso (TEV) e Depressão Pós-parto.[1]Pré-eclâmpsia, Hemorragia Pós-parto, Infecção Puerperal, Tromboembolismo Venoso (TEV) e Depressão Pós-parto.[1]

6.1 Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia

Estima-se que, em 2022, aproximadamente 21,6% dos óbitos maternos no Brasil foram causados por síndromes hipertensivas no período gravídico-puerperal, sendo essa a principal causa de morte materna no país.[21]

A Pré-eclâmpsia ocorre quando a gestante apresenta elevação da pressão arterial (Pressão Arterial Sistólica – PAS ≥ 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica – PAD ≥ 90 mmHg) associada à perda de proteína na urina e/ou disfunção em órgão-alvo (fígado, rins, coração, pulmão e sistema nervoso central) após a 20ª semana de gestação. Já a Eclâmpsia é uma grave complicação da Pré-eclâmpsia, caracterizada pela ocorrência de convulsões.[1] Ambas complicações podem manifestar-se apenas no pós-parto.

Aproximadamente 30% dos casos de Eclâmpsia ocorrem no puerpério, configurando a chamada Eclâmpsia tardia, que pode surgir entre 48 horas e quatro semanas após o parto.[1,22] Por isso, é essencial redobrar a atenção às puérperas, principalmente aquelas com histórico de elevação da pressão arterial durante a gravidez, a fim de prevenir complicações no pós-parto.

Alguns sinais e sintomas que podem indicar lesão em órgão-alvo nas gestantes e puérperas com elevação de pressão arterial são: dor de cabeça persistente, alterações na visão (visão turva, dupla ou pontos brilhantes), náusea, vômito, dor no estômago ou no hipocôndrio direito (região acima da cintura e abaixo do tórax, na parte inferior das costelas).[1]

IMPORTANTE

Mulheres que apresentam os sinais e sintomas acima descritos, associados à elevação da pressão arterial (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg), podem estar prestes a desenvolver um quadro de ECLÂMPSIA.[1]

Por isso, sempre que o ACS realizar a VD à puérpera, especialmente àquelas com histórico de hipertensão ou que começaram a ter aumento de pressão na gravidez ou após o parto, deve fazer a seguinte pergunta:

"Você está sentindo dor de cabeça, alterações na visão, enjoo, vontade de vomitar, dor no estômago ou na barriga logo abaixo da costela direita?".

Também é importante destacar que se a mulher estiver com PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, mesmo sem sintomas, também está em risco de ter ECLÂMPSIA.[1]

6.2 Hemorragia Pós-Parto

A Hemorragia Pós-Parto é caracterizada pela perda de sangue maior que 500 mililitros em partos vaginais e 1 litro em cesarianas nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda de sangue pelo trato vaginal que possa causar instabilidade hemodinâmica (presença de sinais como hipotensão, taquicardia, alteração de consciência e risco de choque hemorrágico). Essa complicação é responsável por cerca de 13,5% das mortes maternas no Brasil, sendo a segunda causa de morte durante a gestação, parto ou pós-parto no país.[1,21,23]

Em casos de suspeita de hemorragia puerperal durante a VD, é importante perguntar à puérpera se está sentindo tonturas, desmaios, palpitações, se teve perda de sangue súbita e abundante ou se ocorreu aumento contínuo dessa perda. Além disso, é importante questionar sobre a coloração e o odor dos lóquios, conforme mencionado anteriormente no presente capítulo.

6.3 Infecção Puerperal

No Brasil, em 2022, aproximadamente 4,7% de todas as mortes maternas ocorreram por infecção puerperal, o que a posiciona como a terceira causa de óbito materno no país.[21]

Esse tipo de morte é evitável, uma vez que as formas de controle desta complicação já estão bem elucidadas, desde que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados com qualidade e em tempo oportuno.[1,24]

Neste contexto, destaca-se a importância do ACS na orientação às mulheres e seus familiares quanto aos sinais e sintomas da Infecção Puerperal, bem como na identificação precoce desses casos, encaminhando a mulher ao serviço de saúde assim que suspeitar do quadro.

Essa complicação é caracterizada como uma infecção no aparelho genital após o parto vaginal, ou na ferida operatória após a cesariana. Para sua investigação, deve-se observar a presença de febre, que pode ocorrer do segundo ao décimo dia após o parto.[1,24]

Associado a isso, pode haver dor no baixo ventre, sinais de infecção na ferida operatória (vermelhidão, calor, edema, dor e/ou presença de secreção na incisão) e/ou lóquios com aspecto purulento e odor fétido.[1,24]

6.4 Tromboembolismo Venoso

Durante a gravidez, a mulher tem de 4 a 5 vezes mais chance de desenvolver TEV em comparação com mulheres não grávidas. Esse risco é ainda maior durante as primeiras seis semanas após o parto e permanece elevado até a décima segunda semana, em virtude das mudanças naturais que o corpo sofre para a prevenção de hemorragias.[1,24-25]

No TEV há a obstrução do fluxo sanguíneo nas veias, o que gera dor, vermelhidão ou inchaço em um dos membros, principalmente na região da panturrilha, configurando elevado risco para a saúde da mulher. Há indicativo de gravidade ainda maior caso tais sintomas estejam associados a falta de ar ou dor no peito, pois pode indicar um quadro de embolia pulmonar e consequente risco de morte.[1,24-25]

6.5 Depressão Pós-Parto

Em decorrência das mudanças hormonais que ocorrem após o parto, cerca de 85% das puérperas podem sentir tristeza temporária, denominada *Baby Blues*. Contudo, se esse sentimento persistir por mais de 30 dias, é necessário considerar a possibilidade de depressão pós-parto, distúrbio caracterizado por intensa melancolia e desmotivação.[26]

É importante que o ACS esteja atento às puérperas que apresentam fatores de risco para sofrimento mental, como antecedentes pessoais ou familiares de depressão, distúrbio psiquiátrico, falta de apoio familiar ou síndrome pré-menstrual.[27]

Ademais, é necessário questionar diretamente à mulher ou aos familiares sobre a presença de sintomas como perda de apetite, isolamento, descontentamento, pensamentos indesejados, tristeza, insônia ou irritação.[26-27]

ATENÇÃO

O ACS deve observar e perguntar em todas as VD se a puérpera está sentindo tristeza ou desmotivação, além de verificar se esses sintomas persistem por 30 dias ou mais. Caso tal situação esteja ocorrendo, é fundamental comunicar à enfermeira ou ao médico da Unidade de Saúde e encaminhar a puérpera para investigação do quadro.

6.6 Conduta do ACS frente aos sinais e sintomas de alerta

Em toda VD à puérpera, é atribuição do ACS fazer o seguinte questionamento: "Você está sentindo algo atualmente?".

Mesmo se ela afirmar que não está sentindo nada, ou se referir sinais e sintomas que não demandam cuidados específicos, o profissional DEVE perguntar se ela tem no momento, sintoma por sintoma que consta no quadro 5 e, quando positivo, encaminhar para o serviço de saúde.

O quadro abaixo apresenta os fluxos adotados pelo município de Senhor do Bonfim (BA), a partir de cada sinal de alerta apresentado.

Quadro 5 - Sinais e sintomas de alerta no pós-parto e serviços de referência.

Sinais e sintomas de ALERTA!	Encaminhamento
Dor ou edema (inchaço) em apenas um dos membros inferiores (direito ou esquerdo). **RISCO PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA**	Maternidade
Se a mulher apresentou pressão alta (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg) na gravidez,[22] parto ou no pós-parto e no momento está com ao menos um dos seguintes sintomas: alterações na visão, epigastralgia ("dor no estômago"), dor no hipocôndrio direito (região acima da cintura e abaixo do tórax, na parte inferior das costelas), náuseas, vômitos ou cefaleia intensa (dor de cabeça). ou PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, mesmo sem sintomas.[22] **RISCO DE ECLÂMPSIA**	Unidade de Saúde ou maternidade
Febre, dor pélvica, sinais de infecção na ferida operatória ou em pontos (sutura) na região perineal (vermelhidão, calor, inchaço, dor e/ou presença de secreção na incisão). **RISCO PARA INFECÇÃO PUERPERAL**	Unidade de Saúde ou maternidade
Perda de sangue súbita e abundante com episódios de tonturas, desmaios e palpitações. **RISCO PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO**	Maternidade
Edema (inchaço) em face ou mãos ou dos pés até acima dos joelhos. **RISCO DE PRÉ-ECLÂMPSIA**	Unidade de Saúde ou maternidade
Febre. **RISCO DE INFECÇÃO PUERPERAL**	Unidade de Saúde ou UPA
Dor intensa no flanco (lateral do abdômen). **RISCO DE INFECÇÃO URINÁRIA**	Unidade de Saúde ou UPA
Na presença de qualquer um desses sintomas, a puérpera deverá ser encaminhada IMEDIATAMENTE para os locais indicados no quadro, quando for o caso de Unidade de Saúde (segunda-feira a sexta-feira, de 8h às 17h), finais de semana ou outros horários procurar a UPA ou maternidade a depender de cada situação.	

*PAS – Pressão Arterial Sistólica. PAD – Pressão Arterial Diastólica." UPA – Unidade de Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria (2024).

7. Considerações finais

A experiência do puerpério é única e complexa, demandando olhar cuidadoso sobre as questões emocionais e físicas que as puérperas enfrentam.

É singular o papel dos ACS na promoção do bem-estar materno e infantil. A escuta atenta, a abordagem empática e a atuação baseada em conhecimento científico são essenciais para compreender as necessidades da mulher no pós-parto.

Durante as VD, o ACS é capaz de identificar os riscos iminentes e realizar os encaminhamentos necessários, prevenindo a ocorrência de complicações graves ou até mesmo do óbito.

As informações compartilhadas neste capítulo não apenas reforçam a importância do acompanhamento, mas também norteiam caminhos para intervenções mais sensíveis e eficazes desse importante profissional dentro do sistema de saúde.

Referências

[1] REZENDE FILHO, J. (org.). Obstetrícia Fundamental. 15ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024. 1080 p.

[2] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 28 jul. 2023]. 56 p. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br /upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf

[3] GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de risco habitual [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde/RJ; 2019 [citado em 09 ago. 2023]. 132 p. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzU1NDA%2C.

[4] DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, B. A. S.; BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; CUNHA, E. M. et al. Use of outpatient health services by postpartum women and newborns: data from the Birth in Brazil study. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado em 10 ago. 2024];36:e00119519. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32428070/.

[5] FUSQUINE, R. S.; LINO, N. C. F.; CHAGAS, A. C. F.; MULLER, K. T. C. Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da Família. Arch Health Sci [Internet]. 2019 [citado em 01 ago. 2024];26(1):37-40. Disponível em: https://ahs.famerp.br/index.php/ahs /article/view/94/112.

[6] PINTO, I. R.; MARTINS, V. E.; OLIVEIRA, J. F.; OLIVEIRA, K.; PASCHOINI, M. C.; RUIZ, M. T. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. Esc Anna Nery [internet] 2021 [citado em 01 ago. 2024];25(2):1-9. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/kkjnfNwzL8fCRKnVKNmXBvq/?format=pdf&lang=en.

[7] EDMOND, K. M.; YOUSIFI K; ANWARI Z; SADAT, S. M.; STANICZAR, S. M.; HIGGINS-STEELE A. et al. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? BMC Medicine [Internet]. 2018 [citado em 08 ago. 2023];16(1):1-13. Disponível em: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-018-1092-9

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2023 jul. 08]. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

[9] GENERO, I. K.; SANTOS, K. R. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. Rev Psicol Divers Saúde [Internet]. 2020 [citado em 10 mai. 2024];9(3):261-79. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2915.

[10] MOLDENHAUER, J. S. Cuidados após o parto [Internet]. 2022 [citado em 28 ago. 2024]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/cuidados-p%C3%B3s-parto-e-dist%C3%BArbios-associados/cuidados-ap%C3%B3s-o-parto

[11] EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Protocolo de Hemorragia Pós-Parto. EBSERH; 2022 [citado em 30 jul. 2023]. 16 p. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-016-v11-hemorragia-pos-parto.pdf/@@download/file

[12] NEGRINI, R. Quando iniciar ou retomar a atividade física após o parto? Hospital Israelita Albert Einstein [Internet]; 2023 [citado em 08 out. 2024]. Disponível em: https://vidasaudavel.einstein.br/quando-iniciar-ou-retomar-a-atividade-fisica-apos-o-parto/.

[13] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 03 ago. 2024]. 47 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf

[14] SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). Calendário de Vacinação SBIm Gestante. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025 [internet]; 2024 [citado em 15 ago. 2024]. 1 p. Disponível em: https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf.

[15] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [Internet]. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 15 ago. 2024]. 296 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/view

[16] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 (SECOVID). Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [citado em 17 set. 2024]. 156 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf/view

[17] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota Técnica nº 23/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2025. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 14 abr. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-23-2025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf/view.

[18] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Family planning – A global handbook for providers [Internet]. United States: WHO; 2022 [citado em 09 ago. 2024]. 486 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705.

[19] FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). DIU: longa duração e menos preocupação no dia a dia [Internet]. FEBRASGO; 2024. Figura. [citado em 18 out. 2024]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/40-diu-longa-acao-e-menos-preocupacao-no-dia-a-dia.

[20] BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n° 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar; 2022 [citado em 18 jul. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm

[21] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 14 out. 2024]. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/.

[22] PERAÇOLI, J. C.; COSTA, M. L.; CAVALLI, R. C.; OLIVEIRA, L. G.; KORKES, H.A.; RAMOS, J. G. L. et al. Pré-eclampsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG) [Internet]. 2023 [citado em 16 ago. 2024]. 63 p. Disponível em: https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/04/PROTOCOLO-2023.pdf.

[23] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica [Internet]. Brasília: OPAS; 2018 [citado em 03 ago. 2024]. 80 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

[24] ZUGAIB, M. (ed.). Zugaib Obstetrícia. 5ª ed. Barueri: Editora Manole; 2023. 1456 p.

[25] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 03 ago. 2024]. 24 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_prevencao_tromboembolismo_gestantes.pdf.

[26] MACIEL, L. P.; COSTA, J. C. C.; CAMPOS, G. M. B.; SANTOS, N. M.; MELO, R. A.; DINIZ, L. F. B. et al. Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion. Rev Pesq: Cuid é Fundam Online. [internet]. 2019 [citado em 30 jul. 2024];11(4):1096-1102. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6988.

[27] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Depressão Pós-Parto [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 24 mai. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto.

Capítulo 4

Atenção ao aleitamento Materno

Bárbara Carvalho de Amorim
Amanda Pereira da Silva
Chalana Duarte de Sena Fraga
Magna Santos Andrade
Tatiane Pina Santos Linhares

agência uneb de inovação

Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno:
A atuação do Agente Comunitário de Saúde.

1. Introdução

O aleitamento materno é reconhecido como o método mais benéfico para a alimentação infantil, assegurando a promoção da saúde e o desenvolvimento adequado das crianças. Além disso, representa a forma mais econômica e eficaz para a prevenção de doenças como diarreias, infecções respiratórias, alergias e consequente redução da mortalidade infantil.[1]

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, nos primeiros seis meses de vida, a amamentação seja exclusiva e permaneça junto com o uso de outros alimentos até os dois anos ou mais. Durante os seis meses iniciais, a criança deve receber somente o leite materno, o que é denominado aleitamento materno exclusivo, sem necessidade de nenhum outro tipo de alimento como água, chá etc. [2]

É importante destacar que o uso de medicamentos e suplementos minerais em forma de gotas ou xarope e sais de reidratação oral não são considerados alimentos, por isso, quando utilizados não desconfiguram a prática da amamentação exclusiva (AE).[3]

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a AE seja em livre demanda, ou seja, o leite materno deve ser ofertado à criança sem restrições de horários ou duração das mamadas. Essa prática permite que o bebê mame sempre que desejar até se sentir satisfeito.[4]

A AE pode ocorrer de duas maneiras: diretamente no peito ou por meio de leite materno ordenhado.[3] Este último é utilizado, por exemplo, quando a mãe retorna ao trabalho e deixa o leite ordenhado para ser administrado por quem cuida da criança em sua ausência, mantendo-o como única fonte de alimento.

Nos primeiros meses, é comum que a criança mame com maior frequência e sem horários fixos, sendo que o tempo necessário para esvaziar a mama varia para cada dupla mãe-filho. A frequência das mamadas pode modificar conforme a fome da criança, o tempo decorrido desde a última mamada, a quantidade de leite disponível na mama, entre outros fatores.[3]

Após os seis meses de vida, é essencial continuar com o aleitamento materno enquanto são introduzidos alimentos variados e saudáveis na dieta da criança, processo conhecido como introdução alimentar.[5]

A inserção desses alimentos deve ocorrer em quantidade e qualidade adequadas a cada período do desenvolvimento infantil, o que contribui para a formação de hábitos alimentares saudáveis da criança e, consequente prevenção de deficiências de micronutrientes e de doenças crônicas na vida adulta.[5]

ATENÇÃO

É importante ressaltar que a inserção de novos alimentos é complementar ao aleitamento materno e NÃO deve substituí-lo, sendo relevante continuar a oferecer o leite materno até os dois anos de idade ou mais, sempre que possível.[4]

2. Benefícios da amamentação

Imagem 1 - Mãe amamentando criança.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

A amamentação oferece diversos benefícios à criança, entre os quais: redução dos casos de infecções como diarreia, pneumonia e infecção de ouvido (otite), além da prevenção de outros processos infecciosos, impactando diretamente na diminuição da mortalidade infantil.[4,6]

Além disso, previne algumas doenças futuras, como asma, diabetes e obesidade, favorecendo a criança física e emocionalmente. Também promove o adequado desenvolvimento da cavidade oral, da mastigação, da fala e do alinhamento dos dentes, resultado da atividade que a criança realiza para retirar o leite da mama.[7-8]

Para a mãe, a amamentação traz diversos benefícios à saúde, tais como: contribui para que o útero retorne ao seu tamanho normal de maneira mais eficiente, reduz o sangramento pós-parto, diminui o risco de surgimento de alguns tipos de câncer, como o de mama e o de ovário etc. Além disso, a prática da amamentação está associada a menor probabilidade de diabetes em fases posteriores da vida da mulher.[1,6]

O ato de amamentar também fortalece o vínculo entre mãe e filho, resultando em maior segurança e bem-estar para a mulher, bem como favorece o desenvolvimento social e emocional da criança.[8]

3. Indicadores de amamentação no Brasil

Dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) indicam que, no Brasil, entre 1986 e 2019, houve melhoria significativa nas práticas de amamentação, com aumento da prevalência da AE, passando de 2,9% para 45,8%, o que representa um crescimento anual de aproximadamente 1,2%. Também em 2019, a prevalência do aleitamento em menores de dois anos foi de 43,6%.[9]

Entretanto, o país ainda não atingiu as metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio referentes à cobertura de crianças amamentando, que deveriam ter sido alcançadas por diversos países até 2015: 70% de AE nos primeiros seis meses e 60% daquelas com dois anos.[10]

Diante das baixas coberturas de aleitamento materno no país, é evidente a necessidade de ampliar os investimentos em ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. Para isso, a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental, especialmente por meio da educação em saúde realizada nas residências das gestantes e puérperas.

4. Produção do leite

4.1 Fisiologia

Ao longo da gestação, o corpo da mulher se prepara para produzir leite e amamentar, por isso são perceptíveis as alterações nas mamas da gestante (aumento de tamanho, maior sensibilidade e aumento da rede venosa). Nos primeiros meses da gravidez, há o crescimento e proliferação dos ductos mamários e formação dos lóbulos. Já no último trimestre, a atividade secretora se inicia com o acúmulo de colostro.[3]

Logo após o nascimento, a produção do leite pode parecer insuficiente, mas essa quantidade é adequada para as necessidades do recém-nascido (RN), sendo compatível com a capacidade de armazenamento em seu estômago, ainda muito pequeno.[3]

Imagem 2 - Capacidade gástrica do recém-nascido.

1º Dia
Tamanho de uma
Acerola
(5-7ml)

3º Dia
Tamanho de um
Limão
(22-27ml)

1 Semana
Tamanho de um
Ovo
(45-60ml)

1 Mês
Tamanho de uma
Laranja
(80-150ml)

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Entre o terceiro e o quinto dia após o parto, ocorre a apojadura, conhecida como "descida do leite", que se manifesta pelo inchaço das mamas e pela dor, devido ao aumento da produção lactífera. Esse primeiro leite, chamado "colostro", tem coloração amarelada, e é rico em proteínas e anticorpos que protegem o RN contra diversas doenças.[3]

A quantidade de leite produzida pela mulher aumenta à medida que a criança mama com mais frequência. Portanto, durante o ato de amamentar, o estímulo gerado pela sucção faz com que o corpo da mãe ajuste a produção de leite à quantidade necessária para o filho. Caso a mãe reduza a frequência ou a duração das mamadas, a produção de leite tende a diminuir.[3,11]

4.2 Preparo das mamas

Não se faz necessária nenhuma preparação específica das mamas para a amamentação, pois as transformações naturais que ocorrem no corpo da mulher ao longo da gestação já preparam adequadamente as mamas para o aleitamento que se inicia logo após o parto.[12]

A única recomendação é que a mulher use sutiã que ajude na sustentação das mamas durante a gravidez, pois além do aumento do volume, algumas mulheres sentem as mamas mais dolorosas e sensíveis, e a utilização de sutiã adequado pode ajudar a reduzir esse desconforto.[13]

ATENÇÃO

As ações descritas abaixo NÃO são mais recomendadas e devem ser evitadas pois podem contribuir para a formação de microlesões e consequente risco de infecções:[12]

- Exercícios que "estiquem" os mamilos;
- Esfregar os mamilos com buchas vegetais ou tecidos ásperos;
- Banho de sol nas mamas.

4.3 Tipos de mamilos

A amamentação pode ser realizada em todos os tipos de mamilos. Entretanto, alguns como os invertidos e planos, tem a possibilidade de apresentar maior dificuldade para uma pega correta,[14-15] com o auxílio de um profissional de saúde capacitado.

Abaixo estão descritos os quatro principais tipos de mamilos:

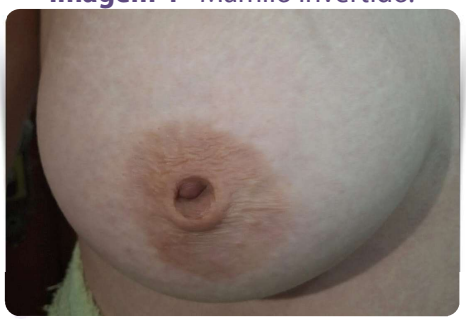
Mamilos protusos - São aqueles que facilmente se projetam em relação à aréola (em resposta a estímulos como frio ou relações íntimas) e que, geralmente, não apresentam problemas para a amamentação.[16]

Mamilos Invertidos - São mamilos que ficam voltados para dentro da aréola, formando pequenas "covinhas". Ao serem estimulados pelo toque dos dedos, demoram a se projetar e, em alguns casos, nem chegam a ser visualizados.[3,16]

Imagem 3 - Mamilo protuso.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 4 - Mamilo invertido.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Mamilos compridos/hipertróficos - São mamilos que se projetam consideravelmente à frente da aréola, sendo maiores e visíveis sob a roupa. Podem causar dificuldades para a criança como náuseas e problemas para manter a pega, devido ao seu grande tamanho. Tornam-se rígidos com facilidade quando estimulados pelo toque dos dedos, lábios da criança ou até mesmo em temperaturas mais baixas.[16]

Planos ou rasos - Tratam-se de mamilos que não se projetam para a frente, ficando no mesmo nível da aréola. No entanto, quando estimulados pelo toque dos dedos ou lábios da criança, podem se projetar de forma semelhante aos mamilos protusos.[15-16]

Imagem 5 - Mamilo comprido/hipertrófico.

Fonte: Aplicativo Amamente.[17]

Imagem 6 - Mamilo plano.

Fonte: Aplicativo Amamente.[17]

5. Mecanismo da amamentação

O leite materno é composto por diversas substâncias, como gorduras, proteínas, carboidratos, hormônios, células de defesa, entre outras, o que garante sua função nutritiva e de proteção imunológica para a criança. A produção ocorre por meio de transformações durante a gestação, que promovem o crescimento e o desenvolvimento mamário.[12,18]

A ação dos hormônios prolactina e ocitocina, desencadeiam alterações fisiológicas, incluindo, modificações metabólicas e endócrinas no organismo materno. Essas mudanças resultam no aumento das mamas, na sensibilidade dos mamilos, na modificação da coloração da aréola e na ativação da função produtora das glândulas mamárias.[19]

Além de promoverem as modificações acima descritas, tais hormônios também impulsionam a produção e a ejeção do leite materno após o parto, sendo estimulados pela sucção, visão, cheiro e choro do RN.[3]

Os aspectos emocionais maternos também exercem importante influência na produção do leite: emoções positivas aumentam a produção, enquanto insegurança, estresse, medo ou dor podem diminuir a saída do leite.[3]

6. Posições para amamentar

No processo de amamentação existem posições e condutas que, quando praticadas corretamente, são indispensáveis para tornar a experiência mais confortável e saudável tanto para a mãe quanto para a criança. Embora o RN tenha o reflexo de sucção, ele ainda não sabe retirar o leite do peito de forma eficiente assim que nasce.[3]

Por isso, é necessário que a criança realize a pega adequada da mama, com um encaixe perfeito entre a boca e o seio, garantindo assim a formação do vácuo no interior da boca da criança. Isso permite que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do lactente (criança que mama), contribuindo para evitar fissuras mamárias.[3]

A posição inadequada da mãe e/ou da criança durante a amamentação pode resultar em uma pega incorreta, o que dificulta o posicionamento adequado da boca do seu filho em relação ao mamilo, interferindo assim no processo de sucção e extração do leite materno. Essa dificuldade em sugar compromete o esvaziamento das mamas e, consequentemente, reduz a produção de leite.[3]

Dessa forma, a prática adequada da técnica de amamentação é fundamental para o sucesso do aleitamento materno, prevenindo o desmame precoce e promovendo a saúde da mãe e do filho.[3]

Para isso, o trabalho do ACS é crucial, pois, além de orientar desde o pré-natal sobre os cuidados para uma amamentação bem-sucedida, ele pode acompanhar o processo de aleitamento nas casas, oferecendo orientações e ajustes sempre que necessário.

6.1 Posições da mãe e da criança na amamentação

A posição ideal para a mãe é aquela em que ela se sinta confortável e que permita a pega correta pelo lactente. A mulher pode estar sentada, recostada ou deitada, apoiando a criança com uma das mãos e segurando a mama com a outra. O polegar precisa ficar logo acima da aréola, enquanto os outros dedos e a palma da mão sustentam a parte inferior da mama. Assim, o polegar e o indicador devem formar a letra 'C', para que a criança consiga abocanhar o mamilo e uma boa parte da aréola.[20]

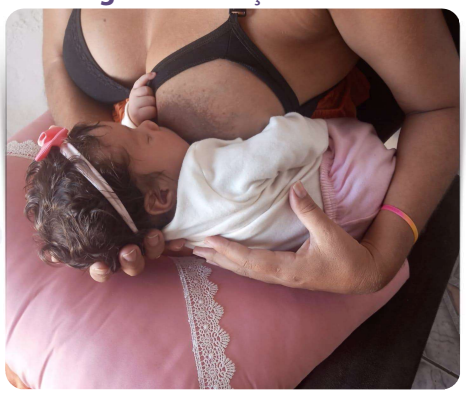
Ao amamentar, a mulher deve estar bem posicionada, relaxada e com bom apoio. Os pés podem permanecer apoiados no chão ou em uma superfície elevada para garantir estabilidade, quando estiver amamentando sentada.[3]

A seguir, são apresentadas algumas posições recomendadas para amamentar. Todas são adequadas e podem ser orientadas às mães, de acordo com o que for mais confortável para elas e para o bebê.

Imagem 7 - Posição tradicional.

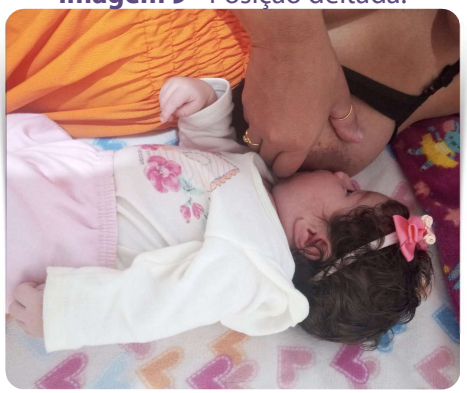
Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 8 - Posição invertida.



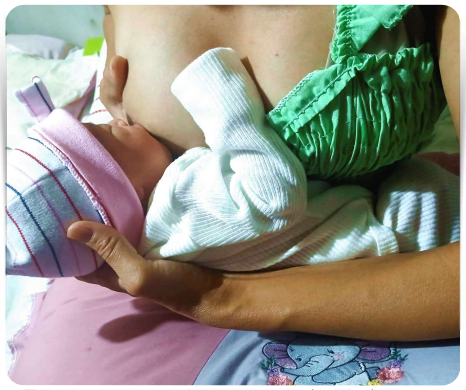
Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 9 - Posição deitada.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 10 - Posição tradicional invertida.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 11 - Posição de cavalinho.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Pode-se observar nas imagens acima que o corpo do filho deve estar bem próximo ao da mãe, totalmente voltado para ela, com a barriga da criança em contato com a barriga materna. O corpo e a cabeça do lactente devem estar alinhados, com a cabeça no mesmo nível da mama, o nariz livre e na altura do mamilo com o queixo tocando a mama.[3]

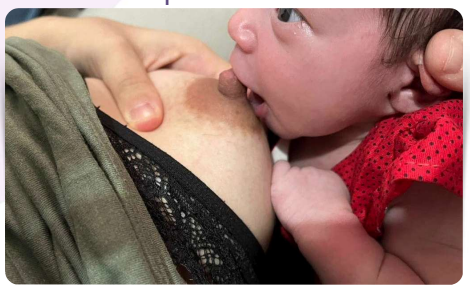
ATENÇÃO

Pontos chave para a amamentação adequada:

1. Rosto da criança voltado para a mama, com o nariz na altura do mamilo;
2. Corpo da criança deve estar bem próximo ao da mãe.

Além da adoção de uma posição confortável pela mãe e pelo filho, é importante que o lactente esteja alerta, pois se estiver sonolenta ou agitada tem mais dificuldade em mamar adequadamente. A mulher deve aproximar a criança de si, usando uma mão para apoiá-la e a outra para sustentar a mama. Ao tocar o mamilo nos cantos da boca da criança, estimula-se o reflexo de busca, fazendo com que ele vire o rosto e abra a boca.[16]

Imagem 12 - Reflexo de busca da criança ao sentir o toque do mamilo nos lábios.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Ao posicionar o mamilo em direção ao nariz do lactente, facilita-se a pega correta, com os lábios virados para fora, em posição de "boquinha de peixe". Na pega adequada, a aréola será mais visível na parte superior da mama, enquanto o queixo da criança ficará apoiado no seio, permitindo a respiração livre. Mulheres com mamas volumosas podem precisar de auxílio para sustentá-las durante a amamentação, seja com sua própria mão, seja com apoio de um rolinho de toalha ou fralda.[16]

Imagem 13 - Pega adequada ou "boa pega".

Fonte: Acervo das autoras (2019).

Para retirar a criança do peito, recomenda-se que a mãe insira suavemente o dedo mínimo no canto da boca da criança, a fim de liberar a sucção e evitar ferir o mamilo.[21]

Imagem 14 - Como retirar o bebê da mama.

Fonte: Acervo das autoras (2025)

7. O papel da língua na amamentação

Os movimentos da língua são fundamentais para a amamentação, participando ativamente da sucção e deglutição do leite. Por isso, qualquer restrição à livre movimentação desse músculo pode comprometer tais funções, dificultando o ato de amamentar.[22]

A extração do leite é realizada pela língua, através de um movimento rítmico em que a ponta da mesma se move para trás, comprimindo suavemente o mamilo. A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma "concha" que ativa o reflexo de deglutição.[3]

Esse importante músculo é conectado ao assoalho da boca por uma pequena prega de membrana mucosa, chamada frênulo lingual, que controla seu movimento. Nesse contexto, o protocolo de avaliação da língua do RN, conhecido como "teste da linguinha", permite diagnosticar variações anatômicas no frênulo que podem interferir no processo de amamentação.[22-23]

Imagem 15 - Comparação entre frênulo lingual normal e alterado.

Língua sem alteração

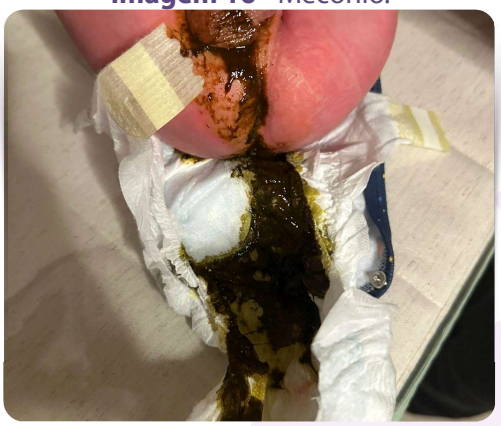
Língua com frênulo alterado

Fonte: Retirada do protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês.[22]

8. Como saber se a criança está recebendo leite materno suficiente

Para verificar se a criança está mamando adequadamente, é importante observar se ela está urinando e evacuando, além de avaliar a quantidade e o aspecto dessas eliminações. Nos dois primeiros dias de vida, as fezes do RN apresentam uma textura pegajosa e coloração verde bem escura, quase preta, conhecida como mecônio. O mecônio é produzido durante o período gestacional e composto por substâncias que a criança ingeriu junto com o líquido amniótico.[8]

Imagem 16 - Mecônio.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Geralmente, o mecônio começa a ser eliminado logo após o nascimento. Segundo o MS, essa eliminação deve ocorrer nas primeiras 24 horas de vida, estimulada pelo início da amamentação e pela ingestão do colostro.[3]

Caso o mecônio não seja eliminado nas primeiras 24 horas após o nascimento, é importante comunicar à enfermeira ou ao médico da Unidade de Saúde. A partir do terceiro dia de vida, adquire textura mais fluida e sua coloração varia entre marrom claro e esverdeado, marcando o início da transição para as fezes normais.[8]

Imagem 17 - Transição do mecônio para fezes a partir do terceiro dia de vida.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Entre o quarto e o quinto dia de vida, a produção de leite materno aumenta, assim como sua ingestão pela criança. Esse aumento gradual da ingestão do leite resulta na eliminação completa do mecônio. Com isso, as fezes passam a ter coloração amarelo-claro e textura pastosa, podendo conter pequenos grumos. As mudanças na textura e coloração das fezes do RN são importantes indicadores do amadurecimento do sistema digestivo e refletem se a ingestão de leite pela criança está adequada.[24]

Imagem 18 - Fezes a partir do sétimo dia de vida.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Nos dois primeiros dias de vida, a urina tem uma alta concentração de substâncias denominadas uratos, podendo resultar em coloração alaranjada ou rosada na fralda, o que é comum.[25] É fundamental observar as eliminações (fezes e urina) do RN, para avaliar se as mamadas estão sendo efetivas.

Imagem 19 - Fralda com urina de cor alaranjada.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Geralmente, a urina aparece nas primeiras 24 horas de vida. Nos primeiros três dias, a criança urina poucas vezes, o que é esperado devido ao aumento gradual da produção do colostro e à ingestão crescente do mesmo durante a amamentação. À medida que os dias passam, a quantidade e frequência da micção aumentam. A ausência de urina nas primeiras 24 horas deve ser comunicada à enfermeira ou ao médico da Unidade de Saúde.[25]

Quando a criança não recebe leite em quantidade adequada, ela tende a manifestar alguns sinais que podem indicar essa insuficiência: insatisfação após as mamadas, choro frequente, vontade de mamar várias vezes, tempo prolongado no peito, micções reduzidas (menos de seis a oito micções diárias) e fezes ressecadas. Contudo, o sinal mais confiável é a falta de ganho de peso adequado.[3]

9. Intercorrências durante a amamentação

O leite materno desempenha papel fundamental, não somente na nutrição do RN e no apoio ao seu crescimento, mas também na prevenção de mortes infantis. A amamentação se configura na maior estratégia para a redução da mortalidade de crianças até cinco anos. A manutenção do aleitamento materno é essencial para promover uma alimentação saudável e prevenir distúrbios nutricionais que afetam significativamente a saúde pública.[18]

No entanto, algumas situações enfrentadas pelas mulheres durante o aleitamento podem levar à interrupção do mesmo, caso não sejam identificados e tratados precocemente.

As intercorrências mais comuns são o ingurgitamento mamário, a mastite e os traumas mamilares, descritos em detalhes logo abaixo.

9.1 Ingurgitamento mamário

Nos primeiros dias após o parto, ocorre produção excessiva de leite que, associada à reduzida capacidade de esvaziamento das mamas pelo neonato nesse início de vida, contribui para o acúmulo do líquido nas mamas. Isso pode levar ao ingurgitamento, que é a distensão excessiva dos tecidos. Tal condição é acompanhada de dor, edema (inchaço), hiperemia (vermelhidão), mamas quentes, mamilos achatados e dificuldade na amamentação.[3,25] Essa intercorrência pode acontecer em uma ou em ambas as mamas.

Imagem 20 - Mamas com ingurgitamento mamário.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Outras causas de ingurgitamento mamário são: início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, sucção ineficaz, pega incorreta, dentre outras.[26]

Para prevenir o ingurgitamento mamário, é necessário que a puérpera seja orientada a iniciar a amamentação o mais cedo possível, de preferência logo após o parto e em livre demanda.[3]

É fundamental evitar o uso de complementos como água ou chás para o RN, pois, devido à sua capacidade gástrica reduzida, esses líquidos podem induzir uma sensação de saciedade precoce. Isso, por sua vez, reduz a quantidade de leite ingerido pela criança, favorecendo o acúmulo de leite nas mamas e aumentando o risco de desenvolver mastite[3] ou ingurgitamento.

Diante da presença do ingurgitamento mamário, o manejo consiste em:[3]

- Realizar ordenha manual leve antes de cada mamada, apenas o suficiente para tornar a aréola mais maleável e facilitar a pega adequada da criança, não sendo necessário esvaziar completamente a mama;
- A amamentação deve ser em livre demanda, ou seja, sem estabelecer intervalos fixos entre as mamadas;
- Aplicação de compressas geladas nas mamas, após as mamadas ou nos intervalos entre uma mamada e outra. Não aplicar o gelo direto na pele para evitar queimadura;
- Utilizar sutiã com alças largas, firmes e sem aro;
- Fazer o uso de analgésicos e anti-inflamatórios prescritos por um profissional de saúde, se necessário;
- Se a criança não conseguir sugar efetivamente, deve ser realizada a ordenha da mama para esvaziamento, preferencialmente de forma manual ou com auxílio de uma bomba extratora manual;
- Realizar massagem para drenagem linfática delicada (Imagem 21), com movimentos circulares nas mamas;
- Manter o acompanhamento na Unidade de Saúde.

Imagem 21 - Massagem para drenagem linfática manual.

Fonte: Protocolo Clínico 36 da Academy of Breastfeeding Medicine.[26]

9.2 Mastite

A mastite consiste no processo inflamatório de uma ou ambas as mamas e pode evoluir para infecção bacteriana. As causas mais frequentes são: piora de ingurgitamento mamário, esvaziamento incompleto da mama e traumas mamilares (fissuras mamilares).[26]

Clinicamente, a mastite manifesta-se com mamas edemaciadas (inchadas), hiperemiadas (vermelhas), quentes e doloridas, podendo causar febre e mal estar.[26]

Imagem 22 - Mama com mastite.

Fonte: Aplicativo Amamente.[17]

A prevenção da mastite consiste nos mesmos cuidados para prevenção do ingurgitamento mamário, conforme descrito no tópico anterior.[3]

Diante da presença da mastite, deve-se:[26]

- Esclarecer que a amamentação não deve ser interrompida, mesmo se a mastite for de origem infecciosa;
- Ordenhar manualmente somente o volume necessário para dar conforto, NÃO esvaziar por completo a mama na ordenha;
- Mães que por alguma intercorrência não consigam ofertar o leite diretamente da mama e, dessa forma, necessitam utilizar bombas extratoras, NÃO devem esvaziar por completo a mama na ordenha, para não estimular a hiperlactação (produção excessiva do leite);
- Realizar massagem para drenagem linfática manual com leve varredura na pele (Imagem 21). NÃO realizar massagem profunda para não piorar o desconforto;
- Evitar o uso de óleos, sal de cozinha com água morna (popularmente utilizados) nas mamas, pois essas práticas podem causar ainda mais danos ao tecido já lesionado;
- Realizar compressas geladas com intervalos de 1 hora ou menos, se necessário. Não aplicar o gelo direto na pele para evitar queimadura;
- Fazer uso de analgésicos e anti-inflamatórios prescritos por um profissional de saúde;
- Se a mastite for bacteriana, deve ser administrado antibiótico conforme prescrição médica;
- Manter o acompanhamento na Unidade de Saúde.

9.3 Traumas mamilares

As lesões na região da aréola e do mamilo podem incluir fissuras mamilares, escoriações e úlceras. Essas condições estão associadas à pega incorreta do bebê na mama, ao uso de bicos artificiais, à aplicação inadequada de produtos na mama e à presença de língua presa.[26]

Aspectos como o tipo de mamilo, a pega incorreta, a posição inadequada para amamentar, o ingurgitamento mamário e a mastite são importantes fatores de risco para a ocorrência de traumas mamilares.

Imagem 23 - Mamilo com fissura.

Fonte: Aplicativo Amamente.[17]

Imagem 24 - Mamilo com escoriação.

Fonte: Aplicativo Amamente.[17]

Imagem 25 - Mama com úlcera.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Diante da dor associada à amamentação, causada por traumas mamilares, a principal medida é eliminar o fator desencadeante. Isso envolve corrigir a postura da criança, ajustar a pega e verificar a possível presença de frênulo lingual ("língua presa"), providenciando sua liberação que pode ser realizada pelo médico ou dentista, se necessário.

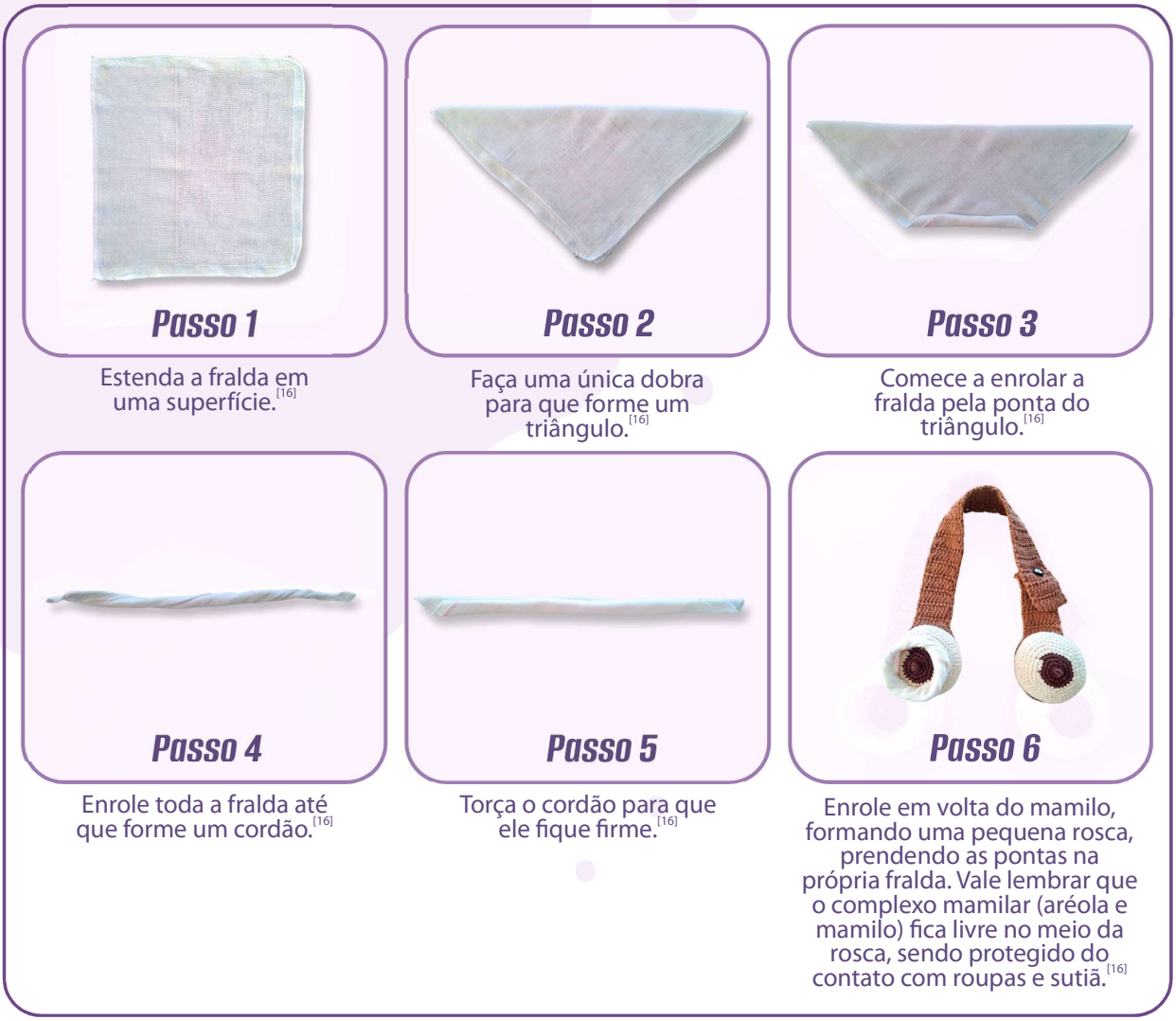
Abaixo, seguem algumas orientações para o manejo em casos de traumas mamilares:[16]

- Passar o próprio leite materno na região afetada;
- Ordenhar manualmente somente o volume necessário para dar conforto, NÃO esvaziar por completo a mama na ordenha;
- Revezar as mamas e usar diferentes posições para as mamadas;
- Uso de roscas protetoras de mamilo (roscas de amamentação) para evitar o contato do mamilo sensível com sutiã ou roupas. Essa rosca pode ser comprada (imagem 26) ou produzida em casa com uma fralda pequena de tecido ("pano de boca") ou com uma fralda normal dobrada ao meio (Imagem 27);
- Readequar a pega da criança conforme detalhado na Imagem 13.

Imagem 26 - Rosca protetora de mamilo.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

Imagem 27 - Passo a passo para confecção da rosca protetora de mamilo caseira, a partir de fralda pequena.



Fonte: Acervo das autoras (2024).

Medidas para a prevenção dos traumas mamilares:[16]

- Posicionamento e pega adequada da criança;
- Evitar usar cremes e sabonetes no mamilo, pois tornam a pele mais sensível a fissuras;
- Amamentação em livre demanda;
- Retirada correta da criança da mama com a técnica do dedo mindinho (Imagem 14).

10. Volta ao trabalho

Nas últimas duas décadas, a presença das mulheres no mercado de trabalho tem crescido significativamente. Nesse cenário de retorno ao trabalho após o parto, muitas mães enfrentam desafios para manter a amamentação.[27]

Estratégias como a concessão de licença-maternidade remunerada e o direito legal a dois intervalos de 30 minutos durante a jornada de trabalho, nos primeiros seis meses, contribuem para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo. No entanto, essas medidas não têm gerado impacto significativo na continuidade da amamentação no país.[28]

Algumas práticas favorecem a manutenção do aleitamento, como a ordenha do leite materno (manual ou com uso de bomba manual/elétrica). Dessa forma o leite pode ser ofertado à criança na ausência da mãe, garantindo a manutenção da amamentação mesmo quando ela não estiver presente.[16]

Abaixo, encontram-se detalhes sobre a realização da ordenha, onde e como armazenar o leite e a forma correta de oferecê-lo à criança.

10.1 Orientações para a ordenha

A ordenha do leite materno, de preferência, deve ser realizada no conforto do domicílio da mulher. Abaixo está o passo a passo para a prática:[29]

PASSO 1: Lave as mãos com água e sabão neutro.

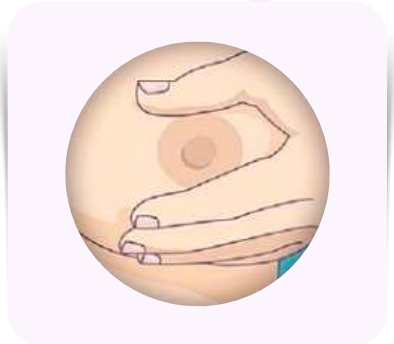
PASSO 2: Com a polpa dos dedos massageie de maneira circular todo o seio (Imagem 28).

Imagem 28 - Massagem circular no seio.

Fonte: Retirada da Cartilha Amamentar só faz bem! Aleitamento materno [orientações gerais].[30]

PASSO 3: Coloque o polegar na aréola e o indicador por baixo do mamilo, assim a mão formará um "C" (Imagem 29).

Imagem 29 - Posição da mão em "C" para ordenha.



Fonte: Retirada da Cartilha Amamentar só faz bem! Aleitamento materno [orientações gerais].[30]

PASSO 4: Em seguida pressione a aréola entre o polegar e o indicador, empurrando-a suavemente para trás, como se fosse em direção ao tórax (Imagem 30).

Imagem 30 - Movimento para ordenhar.

Fonte: Retirada da Cartilha Amamentar só faz bem! Aleitamento materno [orientações gerais].[30]

PASSO 5: Pressione e solte a aréola, evitando que o dedo deslize na pele.

PASSO 6: Pressione também nas laterais da aréola, para que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama (Imagem 31).

Imagem 31 - Movimento para que a ordenha seja completa.

Fonte: Retirada da Cartilha Amamentar só faz bem! Aleitamento materno [orientações gerais].[30]

Imagem 32 - Sequência completa da ordenha manual.

Fonte: Retirada da Cartilha Amamentar só faz bem! Aleitamento materno [orientações gerais].[30]

PASSO 7: O leite deve ser depositado em um recipiente para armazenamento apropriado, limpo e esterilizado previamente, conforme descrito no tópico abaixo.

10.2 Armazenamento do leite ordenhado

O leite pode ser armazenado em sacos de congelamento ou em frascos de vidro esterilizados com tampa plástica, não devendo a tampa ser de outro material (Imagem 33).[16]

Antes de iniciar o processo de esterilização do frasco de vidro, a tampa e o frasco devem ser lavados cuidadosamente com água e sabão. Caso sejam utilizados frascos de produtos alimentícios, é necessário remover completamente qualquer resíduo de cola e papel, e deixá-los secar com a abertura voltada para baixo.[16]

Para esterilizar os frascos de vidro, a pessoa que realizará o procedimento deve utilizar uma panela (de preferência deixe uma separada apenas para essa finalidade), colocar água dentro dela e mergulhar o frasco de vidro na água que está dentro da panela, até que fique totalmente coberto pela água.[16]

Em seguida, a panela com a água e o frasco devem ser levados ao fogo e, após abrir fervura, precisa permanecer no fogo e fervendo por 15 minutos.[16] É importante destacar que a parte interna do frasco deve secar naturalmente, sem a utilização de toalha ou tecido.

O MS preconiza que o armazenamento no congelador ou freezer não ultrapasse 15 dias e que, na geladeira, o leite pode permanecer por até 12 horas, sendo importante sempre anotar a data da ordenha no frasco por meio de uma etiqueta, esparadrapo ou marcador permanente.. Além disso, é relevante lembrar que o leite NÃO deve ser guardado na porta da geladeira, mas sim na prateleira.[31]

Imagem 33 - Leite armazenado em frasco de vidro com tampa e em saco de congelamento.

Fonte: Acervo das autoras (2024).

10.3 Aquecimento e oferta do leite ordenhado

Abaixo estão detalhadas as orientações a serem seguidas para o aquecimento e a oferta do leite ordenhado:[29]

PASSO 1: Retire da geladeira ou do congelador o frasco de vidro ou o saco de congelamento com o leite;

PASSO 2: Pegue uma panela e coloque água para aquecer;

PASSO 3: Assim que surgirem as primeiras bolhas no fundo da panela, desligue o fogo e coloque o frasco de vidro ou o saco de congelamento com o leite dentro da panela com água quente, o aquecimento será em banho-maria com fogo desligado. O vidro ou o saco não devem ser totalmente cobertos pela água, devendo o nível da mesma estar um pouco abaixo da tampa ou lacre;

PASSO 4: Se o leite ainda estiver congelado e todos os passos acima foram realizados, retire o recipiente da água e repita o passo 3 até que o leite esteja totalmente líquido. É fundamental prestar atenção ao leite nesta etapa, pois ele NÃO pode ferver.

PASSO 5: O leite pode ser oferecido para a criança em utensílios como copos, colheres ou seringas, que não precisam ser esterilizados, mas antes de cada uso devem ser lavados com água e sabão neutro. É importante destacar que mamadeiras devem ser evitadas.

11. Atuação do ACS no manejo da amamentação

A atuação do ACS é fundamental para o sucesso da amamentação pois, dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde, esse é o que está mais próximo da população, principalmente das mulheres durante o período gravídico-puerperal.

Assim, o ACS é um importante agente de informação e apoio para o sucesso do aleitamento materno, permitindo que as mulheres e seus filhos vivenciem esses momentos com menos intercorrências possíveis. Com isso, esses profissionais precisam estar capacitados para atuarem frente aos problemas relacionados à assistência à amamentação, contribuindo assim, para que essa prática seja bem-sucedida.[32]

Ações a serem desenvolvidas pelos ACS:[33]

- Identificar todas as mulheres que amamentam em sua área de atuação e visitá-las periodicamente;
- Orientar a mulher sobre os benefícios do aleitamento materno;
- Estimular a AE nos primeiros seis meses de vida;
- Perguntar para a mãe se é possível que a mesma amamente seu filho no momento da visita. Se sim, o ACS deve avaliar a pega da criança e corrigir quando estiver incorreta;
- Observar se existe algum fator que prejudique a amamentação;
- Orientar a mulher sobre a ordenha e o armazenamento do leite materno para quando retornar ao trabalho.
- Examinar as eliminações fisiológicas (urina e fezes) das crianças junto às mães.

12. Considerações finais

A amamentação é fundamental para a saúde e o bem-estar da mãe e da criança, refletindo positivamente em suas condições físicas e emocionais. Para garantir a continuidade do aleitamento, é fundamental que o processo seja acompanhado de perto pelos profissionais da equipe de saúde.

As orientações baseadas em evidências científicas ofertadas pelos ACS durante as visitas, bem como a observação do ato de amamentar na própria casa, são determinantes para o sucesso do aleitamento materno, ajudando a prevenir o desmame precoce e possíveis intercorrências.

As diretrizes e recomendações apresentadas neste capítulo oferecem para os ACS informações que, se implementadas, contribuirão para enfrentar os desafios da amamentação, melhorando, por conseguinte, os indicadores de saúde infantil.

Referências

[1] VANGURI, S.; MC-QUADE, H.R.; SRIRAMAN, N. K. ABM Clinical Protocol 14: Breastfeeding-Friendly Medical Office Practice. Acad Breastfeeding Med [Internet]. 2021; 14:1-9 [citado em 27 jul. 2023]. Disponível em: https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/14-consultorio-amigo-formatado-portuguese.pdf.

[2] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23905206/.

[3] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Cadernos de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 28 jul. 2023]. 186 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

[4] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Versão resumida [Internet]. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 25 jul. 2023]. 21 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.

[5] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação [Internet]. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 25 jul. 2023]. 8 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf

[6] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Bases para a Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [Internet]. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 25 jul. 2023]. 13 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

[7] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 13 set. 2024]. 265 p. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf

[8] SOUZA, F. L. L.; ALVES, R. S. S.; LEITE, A. C.; SILVA, M. P. B.; VERAS, C. A.; SANTOS, R. C. A. et al. Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém-nascido. Res. Soc. Dev. 2021;10(2):e11208 [citado em 31 jul. 2023]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349112553_Beneficios_do_aleitamento_materno_para_a_mulher_e_o_recem_nascido

[9] ESTUDO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL (ENANI). Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020 [citado em 18 out. 2024]. 10 p. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://crn8.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Relatorio-preliminar-AM_ENANI-2019-1.pdf

[10] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Breastfeeding Scorecard, 2019: Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Geneva: WHO; 2019 [citado em 18 out. 2024]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-19.22

[11] ONGPRASERT, K.; RUANGSURIYA, J.; MALASAO, R.; SAPBAMRER, R.; SUPPANSAN, P.; AYOOD, P. et al. Macronutrient, immunoglobulin a and total antioxidant capacity profiles of human milk from 1 to 24 months: a cross-sectional study in Thailand. Int Breastfeed J. 2020; 15:90 [citado em 26 ago. 2023]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33126900/.

[12] SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Ebook agosto Dourado [Internet]. 2022 [citado em 26 jul. 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/agosto/12/ebook_agosto_dourado_sbp.pdf

[13] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 17 out. 2024]. 318 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

[14] SHIMODA, G. T.; ARAGAKI, I. M. M.; SOUSA, C. A.; SILVA, I. A. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. REME Rev Min Enferm. 2014;18(1) [citado em 23 ago. 2024]. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50175.

[15] PINHO, A. L. N. Prevenção e tratamento das fissuras mamárias baseadas em evidências científicas: uma revisão integrativa da literatura [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [citado em 26 out. 2024]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9CZG27.

[16] PERILO, T. V. C. (org.). Tratado do especialista em cuidado materno-infantil com enfoque em amamentação. Belo Horizonte: Mame Bem; 2019. 426 p.

[17] PAIXÃO, G. Amamente UNEB [Internet]. Version 2.0.0. Bahia: 2023 [citado 3m 11 set. 2024] Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.jeison.jardim.Amamente.

[18] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 13 set. 2024]. 112 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

[19] VIEIRA, L. G.; Martins, G. F. Fisiologia das mamas e o papel dos hormônios na lactação. Rev. Bras Cienc Vida. 2018; 25 [citado em 27 jul. 2024]. Disponível em: http://jornalold.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/762

[20] SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola [Internet]. 3ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012 [citado em 26 jul. 2024]. 148 p. Disponível: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf

[21] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Promovendo o aleitamento materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado em 11 set. 2024]. 18 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf

[22] MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Rev CEFAC. 2013;15(3):599–610[citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcefac/a/J5Ch8z9c4T8PG9s99ympKkS/abstract/?lang=pt#

[23] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota Técnica Nº 35/2018 – Anquiloglossia em recém-nascidos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 17 out. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf

[24] MADI, J. M.; MORAIS, E. M.; LOCATELLI, E.; MADI, S. R. C.; ROMBALDI, R. L. et al. Síndrome de aspiração de mecônio: análise de resultados obstétricos e perinatais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003 [citado em 15 out. 2024]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/6sVrXxwZHhQR9dwVjdmQ57t/#

[25] CONSOLINI, D. M. Os primeiros dias após o nascimento [Internet]. Manual MDS versão para saúde da família. Thomas Jefferson University Hospital; 2023 [citado em 25 jul. 2023]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/cuidado-de-rec%C3%A9m-nascidos-e-beb%C3%AAs/os-primeiros-dias-ap%C3%B3s-o-nascimento.

[26] ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE (ABM). ABM Clinical Protocol 36: The mastitis spectrum revisited. United States: Academy of Breastfeeding Medicine; 2022 [citado em 11 set. 2024]. Disponível em: https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/36-espectro-mastite-formatado-portuguese.pdf.

[27] KEBEDE, T.; WOLDEMICHAEL, K.; JARSO, H.; BEKELE, B. B . Exclusive breastfeeding cessation and associated factors among employed mothers in Dukem town, Central Ethiopia. Int Breastfeed J. 2020;15(1):6 [citado em 18 out. 2024]. Disponível em: https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-019-0250-9

[28] SILVA, I. A.; SILVA, C. M.; COSTA, E. M.; FERREIRA, M. J.; ABUCHAIM, E. S. A. et al. Continued breastfeeding and work: scenario of maternal persistence and resilience. Rev Bras Enferm. 2023;76(1) [citado em 15 out. 2024]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/vBT6ZLzpBZqNwrRHnPYkbsG/?lang=en#.

[29] MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Leite materno pode ser congelado; saiba como retirar armazenar e oferecer [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 31 jul. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/leite-materno-pode-ser-congelado-saiba-como-retirar-armazenar-e-oferecer.

[30] HOSPITAL GERAL WLADEMAR ALCANTARA. Amamentar só faz bem! Aleitamento materno-Cartilha [orientações gerais] [Internet]. Fortaleza: Hospital Geral Wlademar Alcantara; 2021 [citado em 17 out. 2024]. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/HGWA-Cartilha-Aleitamento-Materno-2021-1-1.pdf

[31] BEERENWINKEL, A.; KEUSEN, A. L. A dinâmica familiar sob a ótica da Estratégia Saúde da Família. Saúde Debate. 2014;38(103):771-82. [citado em 11 set. 2024]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xqD8LddWQZTwftZvZcqStRp/abstract/?lang=pt#.

[32] SANTOS, C. V. R.; ARAÚJO, A. S. A. L.; SILVA, R. L.; BONIFÁCIO, L. P.; SUTO, C. S. S.; ROCHA, T. N. A. et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o aleitamento materno. Rev Enferm. UERJ. 2023;31(1) [citado em 26 set. 2024]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/02/1527047/e78287-conhecimento-dos-agentes-comunitarios-diagramado-port.pdf

[33] RIBEIRÃO PRETO (SP). Programa de Aleitamento Materno: Protocolo e diretrizes em atendimento ao aleitamento materno [Internet]. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto; 2020 [citado em 18 out. 2024]. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude10b202104.pdf

Capítulo 5

Tecnologia para a melhoria do Cuidado

Magna Santos Andrade

agência uneb de inovação

Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno:
A atuação do Agente Comunitário de Saúde.

1. Introdução

As tecnologias têm desempenhado um papel cada vez mais relevante na Atenção Básica (AB) à saúde, promovendo melhorias na organização dos serviços, no acesso dos usuários e na qualidade do cuidado oferecido. Sistemas informatizados de prontuário eletrônico, por exemplo, permitem que as equipes de saúde da família acompanhem com mais precisão o histórico dos pacientes, identifiquem grupos de risco e planejem ações de prevenção e promoção à saúde de forma mais eficiente.

Todavia, a tecnologia pode contribuir significativamente não apenas para o trabalho desenvolvido dentro das Unidades de Saúde da AB, mas também para as atividades realizadas casa a casa, com destaque para o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tornando suas atividades mais organizadas, ágeis e efetivas.

Com o uso de dispositivos móveis e aplicativos específicos, os ACS podem acessar informações baseadas em evidências científicas, melhorar a comunicação com as equipes de saúde e acompanhar de modo mais preciso as famílias atendidas.

2. Aplicativo para a melhoria do cuidado à saúde materna

Com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da atuação do ACS nas casas das gestantes, puérperas e lactantes, as autoras do presente livro também elaboraram um aplicativo intitulado *Cartilha Interativa para o cuidado à gestação, pós-parto e aleitamento-materno.*

Imagem1 - Cartilha Interativa.

Fonte: Página inicial retirada da Cartilha Interativa para o Cuidado à Gestação, Pós-parto e Aleitamento Materno.[1]

O material é composto por textos, fluxogramas interativos e vídeos, elaborados em uma perspectiva prática e objetiva, para que sejam utilizados pelos ACS como guia norteador do que devem realizar durante as visitas domiciliares às mulheres no período gravídico-puerperal, sendo dividido em 11 capítulos:

Capítulo 1: Iniciando a visita domiciliar;
Capítulo 2: Caderneta da Gestante;
Capítulo 3: Sinais e sintomas de alerta na gravidez;
Capítulo 4: Perguntas e orientações gerais;
Capítulo 5: Orientações sobre sintomas da gravidez;
Capítulo 6: Sinais e sintomas de trabalho de parto;
Capítulo 7: Pós-parto;
Capítulo 8: Sinais e sintomas de risco no pós-parto
Capítulo 9: Alimentação, medicação e vacinação no pós-parto;
Capítulo 10: Planejamento Reprodutivo;
Capítulo 11: Amamentação.

Essa ferramenta tecnológica é de uso livre, gratuito, fácil manuseio e pode ser utilizada por profissionais de qualquer lugar do país.

Para que a Cartilha Interativa possa efetivamente consolidar-se como um instrumento de trabalho acessível ao maior número possível de ACS, incluindo aqueles que atuam nas regiões mais remotas do país, a ferramenta foi elaborada como uma "página web responsiva junto com aplicativo para uso offline", o que permite que o aplicativo seja utilizado no dia a dia, mesmo sem sinal de internet ou celular.

A internet é necessária apenas para o download e instalação do aplicativo no equipamento, que pode ser tanto tablet quanto smartphone (celular).

Para saber todos os detalhes sobre a Cartilha Interativa (acesso, download e como utilizar no campo de trabalho), o ACS pode assistir ao vídeo com orientações e passo a passo disponibilizado no youtube (https://www.youtube.com/channel/UCLYruGBJ1wltFW3BepDQruw).

O link para acesso e download do aplicativo é o XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

3. Considerações finais

Os conhecimentos apresentados na presente publicação, aliados ao uso do aplicativo na rotina de trabalho dos ACS, tem a possibilidade de aprimorar significativamente a qualidade do cuidado desses profissionais às mulheres no período gravídico-puerperal.

O livro é uma importante ferramenta de estudo para o aprofundamento do conhecimento científico sobre a temática, sendo o aplicativo uma ferramenta de sistematização e consulta rápida dos conhecimentos detalhados nos 4 capítulos dessa obra, norteando a atenção à essas mulheres.

A melhoria do cuidado ofertado pelos ACS a partir da utilização dessas duas ferramentas tem a possibilidade de impactar significativamente na saúde de mulheres e crianças, além de estreitar ainda mais o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Referências

[1] ANDRADE, M. S.; FRAGA, C. D. S. L.; LINHAREA, T. P. S.; SILVA, A. P.; AMORIM, B. C.; OLIVEIRA, J. S. et al. Cartilha Interativa para o Cuidado, a Gestação, Pós-Parto e Aleitamento Materno. 2025. [citado em 17 abr. 2025]. Disponível em: https://pedroejoaoeditores.com.br/produto/cuidado-a-gestacao-pos-parto-e-aleitamento-materno-a-atuacao-do-agente-comunitario-de-saude/

Sobre as organizadoras

Magna Santos Andrade

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Pré-natal pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Professora Titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Chalana Duarte de Sena Fraga

Doutora em Reabilitação e Desempenho Funcional pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Tatiane Pina Linhares

Doutoranda em Ecologia Humana e Gestão Socio ambiental pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Mestre em Educação e Diversidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Pediatria e UTI Neonatal pelo Instituto Nacional de Ensino Superior (INESP). Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Sobre as autoras

Amanda Pereira da Silva

Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Ana Luísa Macedo de Amorim

Enfermeira, graduada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Barbara Carvalho de Amorim

Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Chalana Duarte de Sena Fraga

Doutora em Reabilitação e Desempenho Funcional pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Jaiane Santos Oliveira

Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Magna Santos Andrade

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Pré-natal pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Professora Titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Sálem Ramos de Almeida

Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Tatiane Pina Santos Linhares

Doutoranda em Ecologia Humana e Gestão Socio ambiental pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Mestre em Educação e Diversidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Pediatria e UTI Neonatal pelo Instituto Nacional de Ensino Superior (INESP). Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

Thaisy Rodrigues de Oliveira

Mestranda em Ciências do Cuidar pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Enfermeira, graduada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus VII – Senhor do Bonfim (BA).

agência uneb de
inovação