



Protocolo de Atenção à Saúde

Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal e Puerpério

Área(s): Diretoria de Estratégia da Saúde da Família da Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde e Grupo Condutor Central da Rede Cegonha da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.

Portaria SES-DF Nº 182 de 03 de maio de 2024, publicada no DODF Nº 86 de 07/05/2024.

- **Metodologia de Busca da Literatura**

- **Bases de dados consultadas**

Realizou-se uma busca em bases de dados da Pubmed, Lilacs, Web of science; Cochrane, Scielo, além dos documentos técnicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

- **Palavra(s) chaves(s)**

Cuidado Pré-natal; Período Pós-parto, Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde e Aleitamento Materno.

- **Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Para seleção do material, foram selecionados e utilizados 58 trabalhos relevantes entre 2012 e 2022.

- **Introdução**

. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), funcionando como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde disponibilizados aos usuários do SUS.

A atuação da APS está pautada nos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade e segue as diretrizes de Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede e Participação da comunidade ¹.

A atenção à saúde deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, a epidemiologia local, a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, produzindo atenção integral, visando o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, para a promoção da saúde ¹.

Nesse sentido, a gestação encontra-se como uma das principais demandas da APS. É um dos primeiros motivos de consulta e caracteriza-se por ser um período de grandes transformações requerendo adaptação à chegada do novo membro da família, constituindo-se como momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão da parceria nas atividades de assistência à saúde da mulher, desde que esse seja o desejo da mesma ¹⁻³.

O período gestacional é uma fase em que a mulher precisa do apoio de todas as pessoas à sua volta, principalmente do seu companheiro (a), que também deve ser incentivado a compartilhar toda a assistência. Apesar das gestantes constituírem o foco principal de aprendizado, não se pode deixar de atuar também, junto aos companheiros e familiares, pois, estes também têm dúvidas e anseios ocasionados pelas mudanças, que geram receio e insegurança. Para minimizar essa situação, é necessária a inclusão da parceria e/ou família nos programas e serviços de saúde, garantindo-lhes, assim, o direito legal de acompanharem as mulheres durante todo o pré-natal ²⁻⁴.

Dessa forma, as rotinas estabelecidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem respeitar sua territorialização, o que inclui normas sobre preenchimento correto de cadastro familiar e individual, incluindo quesitos de identidade de gênero e orientação sexual e lembrando que o quesito raça-cor é obrigatório e autodeclarado; avaliação de risco; organização do processo de trabalho que ressalte a necessidade de procedimento de busca sobre procedimento de busca ativa (a respeito da captação precoce da mulher para início do pré-natal (até 12 semanas de gestação) e da atenção durante o puerpério, identificação de fatores de risco obstétrico, monitoramento do absenteísmo das gestantes no pré-natal e no puerpério e de agravos diagnosticados); visitas domiciliares; educação em saúde; inclusão da parceria (quando houver e respeitando a vontade da gestante) nas atividades de educação para a saúde da mulher; recepção e registro; convocação de pacientes; vinculação com a maternidade de referência; dispensação de medicamentos, vacinação, realização dos exames

com acesso aos resultados em tempo oportuno e encaminhamentos com garantia de manutenção do acompanhamento pela APS ¹⁻⁴.

Neste contexto, deve-se dar destaque aos indicadores de saúde nacionais, como parâmetro de análise de qualidade e acesso ao pré-natal na APS. Em série histórica entre 2010 e 2020 que demonstra uma diferença importante de acesso ao pré-natal quando se analisa o quesito raça-cor. Segundo o Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra, lançado em 2023: “há um gradiente por raça/ cor com maior proporção de sete ou mais consultas nas mães que se declararam ser da raça/cor branca (80,9%), seguida da amarela (74,3%), da preta (68,7%), da parda (66,2%) e da indígena (39,4%)”.

Assim, a atenção ao pré-natal e ao puerpério constitui-se em um conjunto de consultas e visitas programadas da mulher e sua família à equipe de saúde da APS, objetivando o acompanhamento e a obtenção de uma adequada preparação para o parto e nascimento. Acompanhar, orientar, educar, promover à parceria a capacidade de oferecer apoio, com prontidão e de acordo com as necessidades percebidas, rastrear possíveis situações de risco e tratar intercorrências que possam interferir no bem-estar do bebê, da gestante e de sua família correspondem as ações prioritárias de um adequado acompanhamento do pré-natal e puerpério ^{1, 2, 4}.

Este protocolo deve ser visto como uma estratégia de organização do processo de trabalho coletivo na UBS a partir da padronização das ações de modo a garantir uma maior resolubilidade das práticas de saúde, voltadas para a mulher e sua família.

- **Justificativa**

A elaboração desse protocolo visa nortear os profissionais de saúde no planejamento e execução dos cuidados à saúde da mulher durante o pré-natal e puerpério na perspectiva da integralidade, responsabilidade sanitária e continuidade da atenção; apresentar informações e argumentos que sensibilizem gestores e profissionais de saúde para a importância do envolvimento ativo da parceria da gestante em todo o processo de planejamento reprodutivo e no acompanhamento da gestação, parto, puerpério e cuidados posteriores com o crescimento e desenvolvimento das crianças; pretende ajudar na organização dos serviços em cada UBS, contribuindo para a construção e consolidação de uma rede única de APS de qualidade.

Além disso, busca-se também a promoção da melhoria na qualidade assistencial e na resolubilidade dos serviços, por meio do acompanhamento e da melhoria dos indicadores de saúde da população, principalmente os relativos à morbimortalidade materna, fetal e infantil.

• **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

- O00 a O08.9: Gravidez que termina em aborto;
- O10 a O16: Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério;
- O20 a O20.9: Hemorragias do início da gravidez;
- O21 a O21.9: Vômitos excessivos na gravidez;
- O22 a O22.9: Complicações venosas na gravidez;
- O23 a O23.9: Infecções do trato geniturinário na gravidez;
- O24 a O24.9: Diabetes mellitus na gravidez, parto e puerpério;
- O25: Desnutrição na gravidez, parto e puerpério;
- O26 a O26.9: Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez;
- O28 a O28.9: Achados anormais do rastreamento (screening) antenatal da mãe;
- O30 a O30.9: Gestação múltipla;
- O31 a O31.8: Complicações específicas de gestação múltipla;
- O34 a O34.9: Assistência prestada à mãe por anormalidade conhecida ou suspeita de órgãos pélvicos maternos;
- O35 a O35.9: Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetal conhecida ou suspeita;
 - O36 a O36.9: Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados;
- O40: Polidrâmnio;
- O41 a O41.9: Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico;
- O42 a O42.9: Ruptura prematura de membranas;
- O44 a O44.1: Placenta prévia;
- O47 a O47.9: Falso trabalho de parto;
- O48: Gravidez Prolongada;
- O91 a O91.2: Infecções mamárias associadas ao parto (inclui as afecções na gravidez, no puerpério e na lactação);
- O92 a O92.7: Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto (inclui as afecções relacionadas durante a gravidez, o puerpério e a lactação);
- O98 a O98.9: Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificadas em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto ou o puerpério;
- O99 a O99.8: Outras doenças da mãe classificadas em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto ou o puerpério

- **Classificação Internacional de Assistência Primária (CIAP)**
 - W01 Questão sobre gravidez
 - W02 Medo de estar grávida
 - W03 Hemorragia antes do parto
 - W15 Infertilidade/subfertilidade
 - W17 Hemorragia pós-parto
 - W18 Sinais/sintomas pós-parto
 - W19 Sinais/sintomas da mama/lactação
 - W21 Preocupação imagem corporal na gravidez
 - W27 Medo de complicações na gravidez
 - W28 Limitação funcional/incapacidade
 - W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros
 - W70 Sepsis/infecção puerperal
 - W71 Infecções que complicam a gravidez
 - W72 Neoplasia maligna relac. com gravidez
 - W73 Neop. Benigna/incerta relac. com gravidez
 - W75 Les. Traumáticas que complicam gravidez
 - W76 Malf. Congênita que complica gravidez
 - W78 Gravidez
 - W79 Gravidez não desejada
 - W80 Gravidez ectópica
 - W81 Toxemia da gravidez
 - W82 Aborto espontâneo
 - W83 Aborto provocado de alto risco
 - W84 Gravidez
 - W85 Diabetes gestacional
 - W90 Parto sem complicações de nado vivo
 - W91 Parto sem complicações de nado morto
 - W92 Parto com complicações de nado vivo
 - W93 Parto com complicações de nado morto
 - W94 Mastite puerperal
 - W95 Out. prob. mama dur. gravidez/puerpério
 - W96 Out. complicações do puerpério
 - W99 Out. prob. gravidez/parto
 - W05 Vômitos/náuseas durante gravidez

- **Diagnóstico Clínico ou Situacional**

A rede SES/DF conta com 175 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em todo Distrito Federal. Para assistência ao trabalho de parto e parto conta com 13 estabelecimentos (11 Hospitais da Rede SES, 1 Hospital Universitário e 1 Centro de Parto Normal Perihospitalar) que realizam assistência à gestante durante o trabalho de parto, parto e puerpério. A média de partos mensais, em 2022, foi de 2.994 nascimentos.

A assistência ao pré-Natal é realizada por equipe multiprofissional, composta majoritariamente por profissionais da enfermagem (enfermeiros de família e comunidade) e da medicina (médicos de família e comunidade).

Para uma assistência ao pré-natal e puerpério de qualidade é necessário garantir as mulheres e suas parcerias um amplo acesso aos serviços de saúde. Para nortear uma assistência padronizada e de qualidade, faz necessário a elaboração de um documento formal orientador.

- **Critérios de Inclusão**

Grávidas e/ou puérperas e/ou mulher em pós abortamento ,
além de crianças recém-nascidas

- **Critérios de Exclusão**

Não se aplica

- **Conduta**

- a. Atenção Primária à Saúde (APS)**

É necessário o diagnóstico precoce da gestação (até 12 semanas de gestação) com o seu imediato acompanhamento pelas equipes de saúde. Presume-se que há gestação quando ocorre atraso menstrual. Além disso, manifestações clínicas como náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança no apetite, aumento da frequência urinária, sonolência e/ou modificações anatômicas, como o aumento do volume das mamas, hipersensibilidade dos mamilos, tubérculos de *Montgomery*, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, caracterizam-se como sintomas e sinais presuntivos de gestação.

A probabilidade de gestação aumenta com o amolecimento da cérvix, o aumento do volume uterino e o aumento da revascularização das paredes vaginais. A certeza da gestação se dá com a presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados por sonar (a partir da 12ª semana gestacional), a percepção dos movimentos fetais (a partir da 18ª a 20ª semana gestacional) e por meio de ecografia (saco gestacional com 4 a 5 semanas gestacionais,

vesícula vitelina e atividade cardíaca como primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais).

A mulher em atraso menstrual deverá ser acolhida na UBS por um profissional da equipe de saúde que ouça sua demanda. Este profissional deverá ofertar à mulher o teste rápido para diagnóstico da gravidez a partir de amostra urinária e, caso positivo, deverá providenciar o pronto início das consultas pré-natais, se possível no mesmo dia com o médico (a) ou com o enfermeiro (a) da equipe de saúde. **Realizar imediatamente a coleta dos exames preconizados para gestante no início de pré-natal (Página 10).** Os profissionais devem auxiliar na promoção do vínculo paterno a partir da descoberta da gravidez e reforçar em cada um dos momentos do processo de gestação.

É necessário também que o profissional realize, neste momento e com o consentimento da paciente, os testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. Os resultados dos exames devem impreterivelmente ser inseridos nos campos disponíveis para inserção de exames, de forma que seja garantido o adequado preenchimento do PEC, e registrados no cartão/caderneta de gestante.

b) Acolhimento

O acolhimento caracteriza-se por uma escuta qualificada às demandas dos usuários e de suas famílias com a finalidade de identificar necessidades, favorecer a criação de vínculo, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos, vacinas ou outras intervenções quando necessárias. O profissional que acolhe deve estar bem informado das ofertas existentes na Unidade e na rede de saúde, além de possuir disponibilidade para o diálogo com os demais membros da equipe ¹.

Esse ato não deve se restringir a uma sala ou a atender as demandas apenas em um horário determinado. Ele implica em uma mudança de postura de todos os profissionais da UBS e deve ser realizado **diariamente e em todo o período que compreenda o horário de funcionamento da unidade de saúde**. Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade da usuária e de sua família. É importante que haja profissional sensibilizado e disponível, de modo que o acesso da usuária na UBS seja uma janela de oportunidade para sua inserção no sistema de saúde ^{1,4}.

É importante que a mulher e sua família se sintam acolhidos para que seja realizada uma anamnese clara e objetiva com espaço para dúvidas e solicitações e que possibilite a classificação de risco obstétrico/puerperal, que favoreça a criação do vínculo e a avaliação de possível vulnerabilidade de acordo com seu contexto social ^{3,5,6}.

Deve-se lembrar que, apesar deste protocolo referir-se majoritariamente ao pré-natal de mulheres cisgênero, apesar de em menor incidência, homens transgênero também podem

engravadar e a eles também deve-se garantir pré-natal de qualidade, tanto na APS, quando na atenção ambulatorial especializada (Ambulatório Trans e Pré-Natal de Alto Risco).

No contexto das vulnerabilidades sociais, populações em situação vulnerável, como população negra, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, LGBTQIA+, populações do campo, povos tradicionais, refugiada e migrante, beneficiária de programas de transferência de renda, socioeducativa, institucionalizada e com deficiência, apresentam especificidades importantes que devem ser analisadas e articuladas com a equipe que fará o acompanhamento, a fim de promover atendimento oportuno e assertivo.

Neste sentido, cabe destaque às mulheres em situação de rua, devido às diversas interseccionalidades ao qual estão inseridas, o que as submete a um alto grau de vulnerabilidade. Vale lembrar que às pessoas em situação de rua devem ter garantido atendimento em qualquer unidade de saúde e que contam ainda com o trabalho das equipes de consultório na rua, atuando de forma itinerante. Também cabe dar luz às mulheres privadas de liberdade, que têm seu cuidado realizado por equipes de Atenção Primária Prisional. Estas por sua vez, assim como as equipes de Consultório na Rua, precisam também ser incluídas nos processos de educação permanente ofertados à APS.

Um outro aspecto que deve ser considerado é a parceria: quando existir a figura de uma parceria e/ou acompanhante é um momento oportuno para sensibilização envolvendo-a para participação presente e futura na gestação. Deve-se valorizar a capacidade da parceria/acompanhante, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-o a cuidar da própria saúde.

No caso em que a gestante não queira que a parceria participe, questione quais as razões e se gostaria que outra pessoa a acompanhasse. Explique quais os benefícios de ter um (a) acompanhante nestes momentos, mas considere que a recusa pode estar ligada à diversas razões, dentre as quais, situações de violência. Oportunize o diálogo sem imposições de juízos de valor e, caso a mulher decidir por não ter a parceria como acompanhante, deve-se respeitar a sua decisão.

c) Acompanhamento do Pré-natal

Todas as UBS devem estar preparadas para acolher a mulher e sua parceria, caso esse seja o desejo da mulher, com suspeita de gravidez e/ou gestante e/ou puérpera e/ou em pós-abortamento. Para que se alcance um pré-natal de qualidade na rede, é necessário que a mulher tenha acesso fácil à UBS e à realização do teste rápido de gravidez a partir de sua demanda. Além disso, a busca ativa das gestantes e das puérperas na comunidade (por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por outro profissional da equipe de saúde) deve ser rotineira, assim como a garantia das consultas de pré-natal e dos exames de rotina (com resultados disponibilizados em tempo hábil). Deve-se ainda assegurar o preenchimento

adequado do cartão/caderneta da gestante com todos os resultados dos exames laboratoriais e tratamentos por ventura realizados e a oferta de prática de ações educativas e integrativas em saúde, sejam estas individuais ou coletivas ^{4,7,8}.

As consultas de pré-natal devem ser realizadas por médicos e enfermeiros de maneira intercalada e deve-se reservar entre **20 e 40 minutos por gestante** para essas consultas tendo em vista a complexidade da assistência. No entanto, em algumas situações como a primeira consulta ou naquelas onde serão realizados testes rápidos, pode ser necessário tempo maior para garantir o atendimento de acordo com os padrões estabelecidos, sendo assim, é importante que o profissional analise e faça o ajuste que julgar pertinente. Da mesma forma, quando o atendimento ocorrer em tempo inferior ao estabelecido, o profissional estará disponível para os atendimentos referenciados pelo acolhimento.

Recomenda-se a realização **mínima de seis ou mais** consultas durante o pré-natal, sendo a periodicidade destes atendimentos **mensal** para até 28 semanas de idade gestacional (IG), **quinzenal** da 28ª a 36ª semana e **semanal** da 36ª até o parto. **Havendo sinal de trabalho de parto e/ou ao completar 41 semanas encaminhar à maternidade. É importante frisar que não há, em nenhuma hipótese, alta do pré-natal devendo ser mantido o vínculo até o momento do parto e retorno para consulta do puerpério.**

d) Estímulo à Parceria Responsável

No momento do diagnóstico da gravidez, caso essa mulher esteja sozinha, o profissional de saúde deve incentivar a participação da parceria da gestante nas próximas consultas de pré-natal para que o acompanhamento seja realizado pelo casal, respeitados os direitos da mulher na decisão da presença de acompanhante.

O profissional responsável pelo acolhimento deve estar atento a situações em que a gestante chega à consulta de pré-natal sem acompanhante: pergunte sobre o seu relacionamento com o pai e se ela gostaria que ele a acompanhasse nas próximas consultas e durante o parto; ou se ela tem outra parceria que deseje a companhia, se a gestante quiser ir com a parceria, converse com ela sobre como convidar, sobre os benefícios desse envolvimento e sobre o que teriam que considerar para a sua participação (pedido de autorização para sair do trabalho etc.); se a parceria não puder acompanhá-la nas consultas por razões como viagens, trabalho, prisão, etc., oriente a mãe a transmitir todas as informações ao mesmo para que se sinta estimulado a se envolver no processo.

A participação da parceria durante o acompanhamento da gestação e do parto e nos cuidados no desenvolvimento da criança é de fundamental importância, pois possibilita a todos uma melhor qualidade de vida e a formação de vínculos afetivos saudáveis. Dessa forma, recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam pré-natal na rede SES-DF busquem acolher a parceria da mulher, desde o diagnóstico da gravidez, e a integre às ações

realizadas durante o acompanhamento do pré-natal, do parto, do puerpério e do crescimento e desenvolvimento infantil, a partir das seguintes ações:

- Acolher e buscar envolver a parceria desde o teste de gravidez, permitindo que se identifique com a proposta de cuidar e comece a criar vínculos com seu o bebê;
- Explicar para a gestante e a parceria os benefícios da participação dessa em todas as etapas da gestação, incluindo as consultas de pré-natal e o momento do parto⁹;
- Informar como será a participação do homem em cada uma dessas etapas;
- Realizar exames de rotina e testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Atualizar o cartão vacinal da parceria da gestante;
- Estimular que a parceria compareça aos serviços de saúde para consultas médicas e vacinação;
- Desenvolver temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal;
- Incentivar a participação efetiva da parceria no momento do parto, puerpério e cuidado ao RN;
- Após o parto, valorizar o pai/parceria incentivando a sua participação nos cuidados com o RN, desde o corte do cordão umbilical ao primeiro banho e troca de fraldas;
- Orientar e valorizar o apoio que ele pode dar com relação à amamentação e realizando atividades domésticas como cuidar da casa, cozinhar e lavar as roupas;
- Caso o bebê seja prematuro, convidar o pai/parceria a também realizar o método canguru;
- Acompanhar as condicionalidades preconizadas por programas de transferência de renda (ex. bolsa família) para gestantes beneficiárias;
- Registrar o atendimento pré-natal da parceria no E-SUS com o código adequado.

Deve-se aproveitar a presença da parceria da gestante na UBS para solicitar os exames laboratoriais de rotina (Hemograma Completo, EAS, Dosagem de HDL e LDL, Colesterol Total, Triglicerídeos e Glicemia de Jejum) e os testes rápidos disponíveis na UBS (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C). Estes, deverão ser solicitados pelo médico ou enfermeiro da equipe de saúde, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação e, caso seja detectado alguma alteração, deve-se ofertar o devido tratamento ou encaminhamento para a condição clínica diagnosticada.

Recomenda-se que seja agendada consulta individual, principalmente nos momentos de rastreamento de IST, para que se assegure o direito ao sigilo, à confidencialidade, à privacidade e a não violação de direitos. De acordo com o Guia do Pré-natal do parceiro (MS, 2023) é sugerido que se realize pelo menos duas consultas da parceria durante a gestação.

e) Exame Físico

São indispensáveis a realização dos seguintes procedimentos durante TODAS as consultas de pré-natal: inspeção da pele e das mucosas; verificação dos sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura); palpação da tireoide, nas regiões cervical, supraclavicular e axilar para pesquisa de nódulos ou outras anormalidades; ausculta cardiopulmonar; exame do abdome; exame dos membros inferiores; determinação do peso, altura e IMC; avaliação do peso gestacional; medida da pressão arterial; pesquisa de edema (membros, face, região sacra e tronco); palpação obstétrica; medida e avaliação da altura uterina ⁴.

Ainda, deve ser realizada a ausculta dos batimentos cardíofetais; registro dos movimentos fetais; exame clínico das mamas e exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular e coleta de material para exame colpocitopatológico, conforme orientações normatizadas pela SES-DF e Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e respeitando o intervalo entre as coletas de material). Nas consultas subsequentes, manter avaliação da gestação e de queixas específicas de cada fase ¹⁶.

f) Exames Preconizados na Gestação

- **Testes Rápidos:**

Confirmada a gravidez (por teste rápido), deve ser ofertada a realização dos testes rápidos para sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, além de solicitados os exames de triagem da gestante em amostra de soro ou sangue, exames imunohematológicos e outros de análises clínicas preconizados para primeira consulta de pré-natal¹⁰.

Os testes rápidos devem ser feitos mediante concordância da gestante e com a oferta de aconselhamento pré e pós-teste. O aconselhamento pré e pós-teste deve ser feito por profissional de nível superior devidamente capacitado. A execução do teste pode ser realizada por qualquer profissional de nível médio ou superior devidamente capacitado ¹¹⁻¹³.

O aconselhamento deve possibilitar acesso às informações relativas ao resultado, as medidas de cuidados (em caso positivo), as medidas de prevenção (em caso negativo) e o esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação às doenças diagnosticadas. Também deve-se salientar a importância da testagem da parceria, considerando os aspectos psicossociais na investigação das infecções de transmissão sexual e as responsabilidades ética e civil do profissional de saúde ¹¹⁻¹³.

- **Exames da Triagem da Gestante**

Os exames de triagem da gestante em amostra de soro ou sangue durante o pré-natal, devem ser solicitados pelo médico ou enfermeiro e coletados no dia do primeiro atendimento

da gestante na UBS pelo técnico de enfermagem, pelo técnico de laboratório, pelo enfermeiro ou pelo médico ¹⁰.

Na eventualidade de alteração na metodologia para os exames de triagem da gestante, o Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no DF (GCCRC-DF) emitirá Nota Técnica com as informações necessárias.

- **Ultrassonografia Obstétrica**

No pré-natal de risco habitual, visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante ^{4,14, 15}, recomenda-se, no âmbito da APS da SES-DF, a solicitação - pelo médico e/ou enfermeiro – de ultrassonografia obstétrica (se possível morfológica) entre 11 semanas e 13 semanas + 6 dias. Ainda, no segundo trimestre realizar ultrassonografia obstétrica (morfológica se possível) entre 18 semanas e 24 semanas.

No terceiro trimestre a realização da ultrassonografia gestacional pode ser indicada para pacientes com suspeita ou risco de restrição de crescimento fetal ou macrosomia (discrepância entre altura do fundo uterino e idade gestacional), suspeita de alterações de líquido amniótico (oligodrâmnio ou polidrâmnio), suspeita de placenta prévia ou acreta, obesidade materna, exposição a agentes teratogênicos, uso de drogas, sangramento vaginal, dor ou massa abdominal, infecções congênitas, diabetes mellitus, isoimunização, ou outras condições clínicas que o profissional assistente julgar necessário.

Em intercorrências gestacionais, solicitar outro exame de ecografia obstétrica conforme suspeita ou achado, pois nestes casos, ele tem valor indiscutível.

g) Caderneta/cartão da Gestante

O preenchimento da Caderneta/cartão da Gestante deve ser iniciado na pré-consulta (identificação, dados pessoais, peso, estatura, data da última menstruação – DUM) por técnico de enfermagem e/ou enfermeiro.

Durante a primeira consulta, por enfermeiro, médico ou dentista, devem ser anotados os dados da história obstétrica, antecedentes pessoais, antecedentes familiares e exames realizados. A Caderneta/cartão da Gestante deve ser preenchida a cada consulta e/ou procedimento. É responsabilidade do profissional assistente (médico, enfermeiro, dentista ou outro que estiver realizando o acompanhamento) o devido preenchimento desse instrumento no que se refere aos exames, ao acompanhamento das consultas, aos gráficos de curva da altura uterina/idade gestacional e ao acompanhamento do peso da gestante.

A cada consulta deverá ser aferida a pressão arterial da gestante e o peso, procedimentos que deverão ser realizados pelo técnico de enfermagem ou outro profissional habilitado.

É importante informar à mulher que a Caderneta/cartão da Gestante é o seu documento de identificação durante todo o período pré-natal, sendo fundamental orientá-la acerca das informações que estão contidas e a necessidade de apresentá-la em todas as consultas durante a gestação, parto e puerpério. Nesse documento deverá ser registrado o número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e o nome da maternidade de referência para o parto.

h) Gestante com exantema

O Distrito Federal, por ser um território de tríplice carga de arboviroses, diante de uma gestante com exantema, deve-se aplicar o fluxograma para classificação de dengue e realizar sorologia da gestante para outras virologias, além de Zika, Dengue, Chikungunya.

Para seguimento é importante a investigação, durante as consultas, sobre a ocorrência de: febre, exantema, linfadenopatias, cefaleia, dor retro ocular, mialgia, petéquias, leucopenia, vômitos. O diagnóstico laboratorial específico baseia-se na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos.

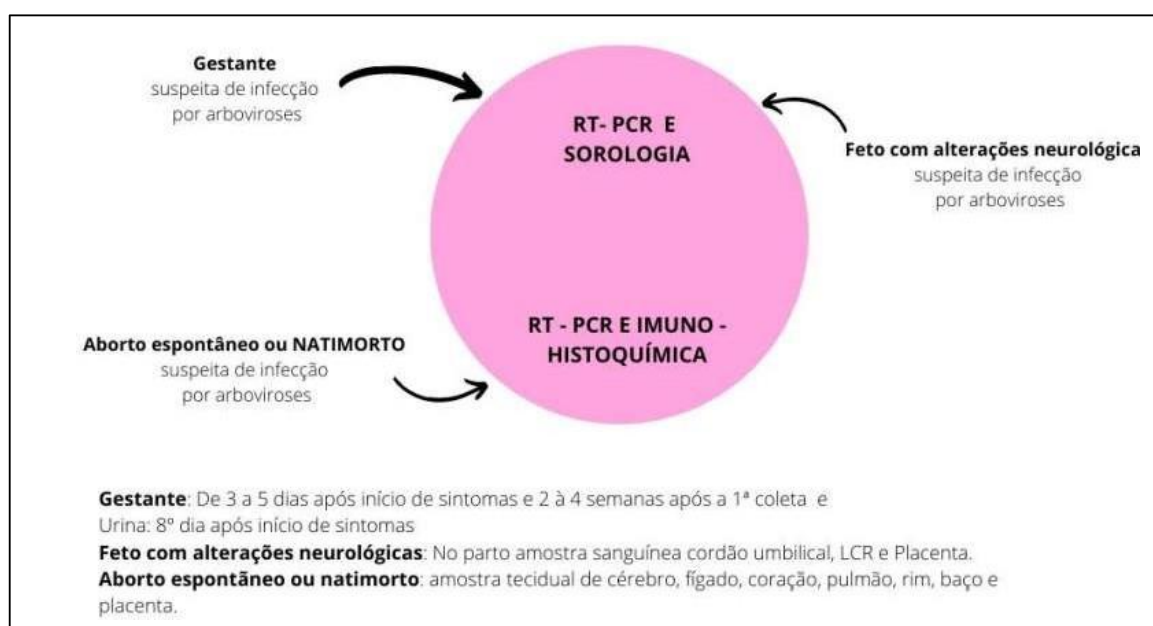


Figura 1: Orientação de conduta diante de casos suspeitos e tipos de exames solicitados

Fonte: Adaptação - Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DIVEP/SVS/SES

A conduta a ser adotada e exames a serem realizados diante casos suspeitos podem ser observados na Figura 1 e Quadro 4, respectivamente.

QUADRO 1: Gestante suspeita de infecção por arboviroses e recém nascidos

Tipo de material	Procedimento de coleta
Sangue (soro)	Gestante com possível infecção Volume de sangue/soro: 10ml/sangue, sem anticoagulante; Separar 2 a 3 ml de soro para sorologia. Quantidade de coletas gestantes: 2 coletas. Período para coleta: 1ºcoleta – 3 a 5 dias após o início dos sintomas; 2ºcoleta – 2 a 4 semanas após o início dos sintomas; Recém-nascido Quantidade de coletas recém-nascido: 1 coleta no momento do nascimento. Volume de sangue/soro: 2 a 5ml/sangue (preferencialmente do cordão umbilical), sem anticoagulante; Separar 0,5 a 1 ml de soro para sorologia.
Urina (gestante com RASH)	Volume de urina: 10 ml até 8 dias após o início dos sintomas

Fonte: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/276/livro.pdf

i) Consultas no pré-natal

Segundo o Ministério da Saúde^{1, 4} o acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, especialmente se ela for adolescente. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano ^{1,4}.

É cada vez mais frequente a participação do pai/parceria no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo para o preparo do casal para o parto e durante a internação para o parto. A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e de sua parceria. São também parte desta história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda³. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e sua parceria, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos. O diálogo franco, a

sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto.

Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável.

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico (coleta de colpocitologia, se necessário considerando as recomendações nacionais para rastreamento do câncer do colo uterino – INCA/MS) e obstétrico ^{2,4,10,12,16}.

Este momento deve ser também oportuno para conferir a condição de vulnerabilidade social da gestante e se esta possui critérios para ser incluída em programas de transferência de renda (ex. programa bolsa família), caso a gestante já esteja vinculada ao programa, deve-se iniciar o acompanhamento das condicionalidades exigidas pelo programa, esta é uma atribuição de toda a equipe de saúde e deve ser realizada com atenção e de forma constante.

Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser dirigida pelas queixas trazidas pela paciente, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal e deve sempre ser realizado exame físico geral (sinais vitais e ectoscopia) e obstétrico (Altura do Fundo Uterino, tônus uterino, DU, Movimento Fetal, Batimento Cardíaco Fetal), toque vaginal se necessário e exame segmentar direcionado pelas queixas ^{2,4}.

Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade, quanto no cartão/caderneta da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta ^{2,4}.

QUADRO 2 – Anamnese da gestante

Entrevista	Quando avaliar?	O que/ Como avaliar?
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	• Náuseas e vômitos; • Obstipação e flatulência; • Sintomas urinários; • Salivação excessiva; • Pirose; • Corrimento (que pode ou não ser fisiológico); • Tontura; • Dor mamária; • Dor lombar; • Alterações do padrão de sono; • Dor e edema de membros inferiores; • Dor pélvica;
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	• Gestação desejada e/ou planejada; • Métodos contraceptivos utilizados; • Data da última menstruação (DUM);
Rede Familiar e Social	Primeira consulta; nas demais verificar se houve mudanças	• Presença de companheiro; • Rede social utilizada; • Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; • História de violência;
Condições de Moradia, trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais verificar se houve mudanças	• Tipo de moradia; • Tipo de saneamento; • Grau de esforço físico; • Renda; • Estresse e jornada de trabalho; • Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); • Beneficiários de programa social de transferência de renda com condicionalidades;

Atividade física	Primeira consulta; nas demais verificar se houve mudanças	• Tipo de atividade física; • Grau de esforço; • Periodicidade; • Deslocamento para trabalho ou curso; • Lazer;
História nutricional	Primeira consulta	• História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê. • Peso e altura antes da gestação (Tabela 1)^a • Hábito alimentar;
Saúde bucal	Primeira consulta	• Investigar antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpíte, cáries, doença periodontal ou outras queixas;
Tabagismo e exposição à fumaça de cigarro	Primeira consulta	• Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); • Exposição ambiental à fumaça de cigarro; • Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento;
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	Primeira consulta	• Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas);
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	• Diabetes, hipertensão, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia).
		• Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais;

		• Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal.
		• Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino.
		• História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce.
Saúde sexual	Primeira consulta	• Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto; • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST;
Imunização	Primeira consulta	• Estado vacinal: dT/dTpa, Hepatite B, Influenza e Tríplice Viral;
Antecedentes familiares	Primeira consulta	• Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê; • Pré-eclâmpsia; • Hipertensão arterial; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceria com IST ou HIV/ AIDS e hepatites B, C e/ou D;; • Hepatites Virais;

^a **Ganho de Peso Gestacional (GPG)**

O ganho de peso gestacional (GPG) deve ser acompanhado em todas as consultas de pré-natal, e as gestantes devem ganhar peso segundo recomendações pré-estabelecidas. A recomendação sobre o ganho de peso varia e ganho de peso insuficiente ou excessivo está associado à ocorrência de desfechos maternos e neonatais adversos.

O uso das curvas de ganho de peso específicas para as mulheres brasileiras apresentadas na caderneta da gestante é a atual recomendação das diretrizes nacionais. Faixas de ganho de peso durante a gestação, de acordo com o IMC pré-gestacional, também podem ser utilizadas e devem contemplar as diferentes orientações de ganho de peso cumulativo por trimestre gestacional de acordo com o estado nutricional (índice de massa corporal – IMC) pré-gestacional, conforme detalhado abaixo (FEBRASGO, 2023⁵):

Tabela 1 – Faixas de recomendação de ganho de peso gestacional semanal e total (Kg) recomendada até o termo, conforme índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (Kg) total até a 14 ^o semana	Ganho de peso (kg) semanal no 2 ^o e 3 ^o trimestres (a partir da 14 ^o semana)	Ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo peso <18,5	1,0 – 3,0	0,51 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Peso adequado entre 18,5 e 24,9	1,0 – 3,0	0,42 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso entre 25,0 e 29,9	1,0 – 3,0	0,28 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade ≥ 30,0	0,2 – 2,0	0,22 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Nota: Até 13 semanas de gestação, é esperado um pequeno ganho de peso para mulheres com baixo peso (até 1,2 kg) e eutrofia (0,7 kg). Nenhum ganho de peso é esperado para mulheres com sobrepeso ou obesidade. Para mulheres com eutrofia, sobrepeso e obesidade, pode ocorrer pequena perda de peso (máximo 1,5 kg).

QUADRO 3 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco em cada trimestre do pré-natal

	Quando avaliar	O que avaliar/ Como avaliar?	O que fazer?
Dados Vitais	Todas as consultas	Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: • Dor; • Frequência respiratória; • Aferição de pressão arterial (PA); • Frequência cardíaca; • Temperatura axilar.	1. Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg em mais que uma medida com intervalo de pelo menos quatro a seis horas caracterizam Hipertensão Arterial na Gestação. 2. PA > 160/110 mmHg ou PA > 140/90 mmHg e proteinúria positiva e/ ou sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência ao hospital de referência pela

			portaria 1321 de 14 de dezembro de 2018. 3. Hipertensão arterial crônica: presença de hipertensão relatada pela gestante ou identificada antes da 20ª semana de gestação. 4. Gestantes com HAS prévia e em uso de medicamento anti-hipertensivo devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. 5. Gestantes com HAS crônica ou Hipertensão arterial na gestação devem ser acompanhadas ao alto risco, de acordo com os critérios estabelecidos. • Para consultar condutas em gestantes com alterações de pressão arterial consultar a Nota Técnica SES-GDF n.º 10/2023 - SES/SAIS/COASIS/DASIS de 06 de julho de 2023 – Critérios de regulação para a realização de Consultas em Obstetrícia na rede pública de saúde do DF e outras que a substituírem após atualização ²⁰
Pele e Mucosas	Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Cor; • Lesões; • Hidratação; • Turgor;	• Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais;

		• Cloasma; • Tumorações; • Manchas;	
Exame Bucal	Primeira consulta	• Examinar palato, dentes, língua e gengiva; Cor da mucosa; Hidratação; Esmalte dentário; Presença de cáries; Presença de lesões; Sangramento; Inflamação e infecções;	• Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica pelo menos uma vez durante a gestação.
Avaliação nutricional	Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Avaliação nutricional 1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre, em gestantes com menos de 20 anos). 2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com o gráfico específico. 3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial. 4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente,	• Baixo peso: - verificar alimentação, - hiperêmese gravídica, - anemia, parasitose intestinal, outros. - orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio da eMulti (Equipe Multiprofissional da APS). • Excesso de peso: - verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio da eMulti. • Recomenda-se: - acompanhamento com intervalos menores, - apoio da eMulti e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.

		com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas. 5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do Cartão da Gestante, baseado no IMC semanal.	
Região Cervical	Primeira consulta	Palpação da tireoide	• Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais;
Mamas	Primeira consulta	• Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.	• Realizar orientações específicas; • Para achados anormais seguir orientações do Protocolo de detecção precoce do câncer de mama ¹⁹.
Tórax	Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Avaliação pulmonar; • Avaliação cardíaca;	• Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais;
Edema	Primeira consulta 2º trimestre	• Inspeção na face e membros superiores.	Resultados • (-) ou ausente – monitorar rotineiramente.

	3º trimestre	• Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. • Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. • Observar varizes e sinais flogísticos.	• (+) apenas no tornozelo – observar: pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. • (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. • (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. • Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica imediata e, se necessário, encaminhamento ao hospital de referência.
Região Inguinal e perineal	De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	• Inspeção de vulva; • Palpação de linfonodos; • Região anal;	• Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais;
Exame especular	De acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da gestante	• Realizar colpocitopatologia oportuna (preferencialmente na 1ª consulta, respeitando o intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde);	• Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante;

			Não há restrição quanto a idade gestacional para a coleta de citologia;
Toque vaginal	De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	- Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade). - Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. - Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia).	Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.
Abdome	Todas as consultas	Abdome - Palpação abdominal. Palpação obstétrica - Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. - Em torno da 36^a semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). - Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. - Manobra de Leopold.	Recomendação: Anotar a apresentação com destaque no cartão de pré-natal.

Medida da altura uterina	Todas as consultas após a 12ª semana de gestação	Medida da altura uterina • Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional. • Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica nessa e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.	Recomendação • Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e alterações de crescimento do feto. • Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante, encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.
Determinação da idade gestacional por exame obstétrico	Todas as consultas	Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico: • Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros: - até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino; - 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; - 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; - 12ª semana – o útero preenche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; - 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;	Recomendação • A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM. • Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação.

		- 18ª a 20ª semana - pela percepção do início dos movimentos fetais - 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; - 20ª até 30ª semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; - 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel. • A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade gestacional.	
Ausculata dos batimentos cardíacos	Todas as consultas a partir da 12ª semana de gestação	Ausculata dos batimentos cardíacos (BCF) • Audível com uso de sonar doppler a partir da 12ª semana; • Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana; • Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF/minuto: a frequência esperada é de 110 a 160 bpm. • Obs: a depender das características físicas da paciente, o BCF pode se tornar audível mais tardiamente.	Recomendação • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. • Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração, encaminhar para o hospital de referência.

QUADRO 4 – Solicitação de exames no pré-natal*

Trimestre	Exame	Detalhamento
	Testes rápidos	HIV, Sífilis, Hepatites B e Hepatite C
	Testes em amostra de soro ou sangue periférico	Citomegalovírus: IgM e IgG Toxoplasmose IgM e IgG, Chagas: IgM e IgG Hemoglobinopatias HTLV I e IIa TSH
	Análises Clínicas Convencionais	Hemograma Glicemia de Jejum EAS Urocultura com antibiograma
	Análises Imunohematológicas	Tipagem sanguínea, Fator Rh, Coombs indireto nas gestantes com Rh negativo ^b
	Exame de imagem	Ultrassonografia Obstétrica (morfológica se possível) entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias
Segundo trimestre	Testes rápidos	HIV e Sífilis Repetir Hepatite B e C, se houver exposição de risco.
	Testes em amostra de soro ou sangue periférico	Toxoplasmose IgM e IgG (para gestantes suscetíveis, ou seja, com IgM e IgG negativos)
	Análises Clínicas Convencionais	Hemograma Completo Glicemia de Jejum Teste Oral de Tolerância à Glicose com 75g (0, 60 e 120min) se, glicemia de jejum < 92mg/dL no primeiro trimestre (entre 24 e 28 semanas) ^c EAS Urocultura com antibiograma
	Análises Imunohematológicas	Coombs indireto nas gestantes RH negativo (a cada 4 semanas a partir de 24 semanas)
	Exames de Imagem	Ultrassonografia Obstétrica (Morfológica se possível) entre 18 e 24 semanas
	Testes rápidos	HIV e Sífilis ^d Repetir Hepatite B e C, se houver exposição de risco ^e
	Testes em amostra de soro ou sangue periférico	Toxoplasmose IgM e IgG,

Terceiro trimestre		(Para gestantes suscetíveis, ou seja, com IgM e IgG negativos)
	Análises Clínicas Convencionais	Hemograma Completo Glicemia de Jejum EAS Urocultura com antibiograma Cultura de Streptococcus Agalactiae entre 36 e 37 semanas e 6 dias ^f
	Análises Imunohematológicas	Coombs indireto nas gestantes RH negativo (a cada 4 semanas a partir de 24 semanas)

* A coleta do material para realização dos exames de triagem em papel filtro ou soro pode ser feita por profissional de nível médio ou superior da saúde da unidade em que a gestante estiver sendo atendida, por meio de punção digital. No caso de exames confirmatórios, a punção é venosa e o material coletado será acondicionado em tubos apropriados. A execução dos testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C poderá ser realizada por profissionais de nível médio ou superior, devidamente capacitados. A informação de resultados é de responsabilidade dos profissionais de saúde de nível superior habilitados.

^a – Como não há tratamento previsto para a gestante infectada por HTLV, a testagem em apenas 01 momento da gestação mostra-se satisfatória. Para que as medidas de prevenção sejam tempestivamente tomadas, o momento mais oportuno para sua coleta é o primeiro trimestre da gravidez. Deve-se registrar o resultado do exame no Cartão/Caderneta da Gestante e orientar a gestante sobre a não amamentação, necessidade de inibição da lactação no pós-parto e sobre o direito de receber fórmula infantil.

^b – Coombs Indireto

- Se Coombs indireto positivo: referenciar ao alto risco;
- Se Rh negativo e Coombs indireto negativo, repetir o exame mensalmente e fazer profilaxia com uma única dose da imunoglobulina anti-Rh (D) entre 28 e 34 semanas. Após feita essa profilaxia durante a gestação, não repetir mais o exame de Coombs indireto, caso essa não seja realizada manter realização de coombs indireto quinzenalmente entre 24 e 36 semanas;
- Após o parto, se RN Rh positivo, fazer a profilaxia com nova dose.

^c – Gestantes com início do pré-natal com 28 ou mais semanas de gestação devem ser imediatamente encaminhadas para a realização de TOTG.

Resultado de TOTG:

- Ao menos um valor de: Jejum: 92-125 mg/dL; 1 hora $\geq$ 180 mg/dL; 2 horas: 153-199 mg/dL diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional;
- Ao menos um valor de: Jejum: $\geq$ 126 mg/dL; 2 horas: $\geq$ 200 mg/dL – Diabetes Mellitus.

^d – Gestantes diagnosticadas com sífilis na gestação devem realizar mensalmente o VDRL para acompanhamento.

^e – Realizar o teste rápido para hepatite B na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre). Se o resultado for não reagente e se não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Caso a gestante se apresente no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem da usuária para hepatite B na maternidade. Na Hepatite C realizar o teste rápido na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), nas gestantes sem pré-natal, deverá ser realizado na internação para o parto. Podendo incluir o teste rápido para hepatite B e C para mulheres internadas por aborto, e/ou prenhez ectópica. Repetir o teste de hepatite C se houver exposição de risco.

^f – Cultura de *Streptococcus Agalactiae* (EGB) - Rastreamento: é baseado na cultura de secreção vaginal e retal, colhidas por SWAB, entre a 35ª e a 37ª semanas de gestação, para as gestantes de risco habitual. Para gestantes com risco de parto pré-termo a coleta poderá ser feita de 33 semanas e 0 dias a 35 semanas e 6 dias. Em caso de coletas antecipadas por risco de parto prematuro com resultado negativo, deve-se repetir a coleta a cada quatro semanas até o parto.

Instruções para coleta de material para cultura: é necessário não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta. Se tiver tomado banho ou evacuado pela manhã, é possível coletar o material no final da tarde. Fazer inicialmente um SWAB no intróito vaginal sem utilização de espelho. A amostra deverá ser colhida da vagina inferior, introduzindo o SWAB por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal. Depois da coleta vaginal introduzir o mesmo swab levemente (em torno de 0,5 cm) no esfíncter anal. Identificar o tubo como secreção para pesquisa de EGB - Conservação para envio: manter o tubo em temperatura ambiente até o envio ao laboratório, que poderá ser em um prazo de até 3 dias.

^g – Solicitação de EPF - Considerando que as parasitoses intestinais podem estar associadas à perda crônica de sangue levando ao desenvolvimento de anemia por deficiência de ferro, recomenda-se a realização de exame parasitológico de fezes na vigência da anemia ferropriva. Em caso de resultado positivo, o tratamento de parasitoses mais comuns em gestantes deve ser realizado de acordo com a Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Abordagem terapêutica das parasitoses em gestantes

Parasitose	Sintomatologia	Medicamento	Categoria
Giardiase (<i>G. lamblia</i> ou <i>G. duodenalis</i>)	Diarreia aguda e crônica	Metronidazol dose de 2g via oral, uma vez ao dia, por 3 dias	B
Amebíase (<i>E. histolytica</i>)	Variável de assintomática à doença invasiva grave com colite aguda, podendo apresentar abscesso hepático, perfuração de cólon entre outros	Metronidazol dose de 500 a 750 mg (20 a 40 mg/kg/dia), três vezes ao dia, por 5 a 10 dias; Teclozana, dose de 500 mg/dia, por 3 dias	B
Ascaridíase (<i>Ascaris lumbricoides</i>)	Assintomática ou quando presença de muitos vermes cólicas abdominais, enjoo, vômitos	Pamoato de Pirantel 11 mg/kg da dose máxima de 1 g) por via oral é preferível em gestantes, mas não está disponível no SUS ^c	A

Balantidíase (<i>B. coli</i>)	Similares à Amebíase, incluindo colite.	Tetraciclina em dose de 500 mg, quatro vezes ao dia, por 10 dias (NÃO RECOMENDADO NA GESTAÇÃO) ^B	X
Enterobíase (Oxiúros)	Assintomático ou prurido perianal com escoriações perianais	Pamoato de Pirantel 11 mg/kg (dose máxima de 1 g) por via oral é preferível em gestantes, mas não está disponível no SUS ^C	A
Tricuríase (<i>Trichuris trichiura</i>)	Geralmente assintomática, nos casos graves, pode causar dor abdominal, anorexia e diarreia; perda ponderal, anemia e prolapso retal	Albendazol 400 mg, VO, 1x/dia por 3-7 dias ^D	C

^A – Nos casos leves de giardíase é razoável adiar o tratamento para o segundo trimestre a fim de minimizar os riscos. Tinidazol, Albendazol (único disponível no SUS) e Mebendazol podem ser utilizados no tratamento da giardíase, contudo, são categoria C para gestantes.

^B – Como a Tetraciclina não é recomendada durante a gestação, utilizam-se outras medicações às quais o parasita é sensível, como a Ampicilina (categoria B, não disponível no SUS), o Metronidazol, que não são contraindicados na gravidez.

^C – Para enterobíase o Pamoato de Pirantel não está disponível no SUS, podendo ser substituído então pelo Albendazol (disponível) ou Mebendazol (não disponível) ambos categoria C na gestação.

^D – O Mebendazol (não disponível no SUS) e a Ivermectina (disponível no SUS) podem ser indicados para tratamento da tricuriase, contudo, são categoria C para gestantes.

j) Estratificação do Risco Gestacional

A estratificação de risco na gestação é um elemento orientador para a organização do seguimento da atenção ao pré-natal e é de fundamental importância para a organização dos serviços da APS, da atenção secundária e da atenção terciária. Nesse sentido, os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) devem classificar o risco da gestante de maneira permanente (em toda consulta de pré-natal) com a finalidade de ofertar o seguimento no nível de complexidade adequado e de se evitar possíveis complicações (por exemplo: mortalidade materna, fetal ou infantil).

Os profissionais de saúde que atendem as mulheres grávidas devem atentar para vulnerabilidades específicas de grupos populacionais femininos, a exemplo da população negra. Essas mulheres apresentam maior prevalência de Hipertensão arterial, Diabetes tipo II, Anemia falciforme e traço falcêmico. Também é maior a ocorrência de prematuridade e óbito materno entre elas.

No que se refere às mulheres indígenas é necessário observar o respeito às tradições e aspectos culturais relacionados à menstruação, contracepção, gestação, parto e puerpério e a concepção de família. Essas questões, se bem conduzidas qualificam a atenção à saúde e evitam dificuldades no acolhimento e adesão às condutas preconizadas para atenção à saúde da mulher.

Quadro 5 – Avaliação de Risco Gestacional pela Equipe da Atenção Primária à Saúde

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Situação conjugal insegura.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor do que 1,45 m.
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores. *

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrossomia fetal.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).
- Cirurgia uterina anterior.
- Três ou mais cesarianas.

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Ganho ponderal inadequado ou excessivo.
- Infecção urinária.
- Anemia.

Para informações relacionadas aos Fatores de Risco Indicativos de Encaminhamento para Pré-natal de Alto Risco, consultar a [Nota Técnica SEI-GDF n.º 10/2023 - SES/SAIS/COASIS/DASIS de 06 de julho de 2023 – Critérios de regulação para a realização de Consultas em Obstetrícia na rede pública de saúde do DF e outras que a substituírem após atualização](#)²⁰. Por não esgotar todas as ocorrências que podem estar relacionadas ao pré-natal de alto risco, as situações clínicas não contempladas no referido documento terão seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD da Ginecologia Obstetrícia na SES/DF e pelo RTD de Medicina de Família e Comunidade.

k) Prevenção da Pré-Eclâmpsia

De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco (Brasil, 2023), após análise dos fatores de risco (Quadro 6), recomenda-se o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia, à noite, iniciado antes da 16ª semana de gestação até 36 semanas; além do cálcio até o parto (suplementação mínima de 1 g/dia) para prevenção de pré-eclâmpsia (PE).

O SUS oferece comprimidos de Carbonato de Cálcio com 1250 mg (equivale a 500 mg de Ca elementar), portanto devem ser administrados 2 comprimidos de carbonato de cálcio. Recomenda-se a administração antes de dormir ou pela manhã, sempre com a ingestão de algum alimento. Deve-se evitar alimentos ricos em fibra ou ferro, pois diminuem a absorção de Ca. Por esse motivo também orientar para intervalo de pelo menos 2 horas entre a ingestão de cálcio e de suplementos de ferro.

Interações medicamentosas: não se recomenda associar a suplementação de cálcio ao uso de:

- Digitálicos – pode interferir na ação do medicamento causando arritmias cardíacas.
- Fenitoína
- Omeprazol – devido à interação medicamentosa.
- Altas doses de vitamina D (10.000 UI/dia) – devido à elevada excreção de cálcio, podendo resultar em cálculos renais posteriormente.

O Quadro 6 traz os principais fatores de risco associados à PE. Diante de um fator de alto risco ou da combinação de dois fatores de risco moderados, deve-se iniciar a prevenção com AAS e cálcio.

Quadro 6 – Fatores de risco associados à pré-eclâmpsia

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos Gestação múltipla Obesidade (IMC > 30) Hipertensão arterial crônica Diabetes tipo 1 ou 2 Doença renal Doenças autoimunes (ex.: lúpus, síndrome antifosfolípide)
Moderado	Nuliparidade História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs) Baixo nível socioeconômico Etnia afrodescendente Idade ≥35 anos História pessoal de baixo peso ao nascer Gravidez prévia com desfecho adverso Intervalo >10 anos desde a última gestação
Baixo	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências

Fonte: Brasil, 2023 adaptado de PERAÇOLI et al., 2020

I) Consulta puerperal

É preconizado que a alta das pacientes em pós-abortamento, das puérperas e dos recém-nascidos para a Atenção Primária à Saúde deverá ser segura e vinculada⁶. Por ocasião da alta, a gestante e o recém-nascido deverão receber a caderneta da gestante e da criança devidamente preenchidas com dados do parto e nascimento, bem como a marcação da data do retorno na Unidade Básica de Saúde (UBS), obedecendo aos seguintes critérios:

- As Puérperas e recém-nascidos deverão ser atendidos na UBS do 5º ao 7º dia pós alta hospitalar.
- O RN de alto risco deverá ser atendido até o 3º dia após a alta hospitalar.
- Mulheres após abortamento deverão ser atendidas até o 10º dia pós-alta hospitalar.

Se possível, os agendamentos de consulta puerperal e do RN devem ser no mesmo período não só para facilitar o deslocamento de ambos, mas também para avaliar o vínculo e demais aspectos importantes que envolvam a relação da mãe/pai/família e o bebê.

A consulta puerperal deverá ser realizada por médico ou enfermeiro e é de vital importância para o acompanhamento da saúde da puérpera e do RN. Ela propicia fortalecimento do vínculo desses com a UBS.

A alta segura deve ser garantida a todas as puérperas dos hospitais públicos do DF, o fluxo deve ser organizado pela região de saúde, por meio de articulação entre maternidade e atenção primária, de forma que a gestante saia do hospital com as consultas do RN e puerperal agendadas na UBS.

Ainda, é recomendada que seja realizada visita domiciliar das puérperas residentes do DF em até 10 dias após o parto pela equipe de saúde da APS. Aquelas puérperas que residem em outros municípios **deverão receber, ainda na maternidade, a orientação de procurar o atendimento** de uma equipe da APS, na localidade onde reside, em até 10 dias após a alta da maternidade, preferencialmente com 7 dias.

Em casos de morte materna, fetal e infantil é necessário incluir os familiares no ato da Alta Segura e Vinculada, agendando a consulta de retorno na UBS de referência para sua residência, para os familiares e informando-os acerca da investigação do óbito e da importância da consulta precoce da puérpera no UBS.

São objetivos da primeira visita domiciliar realizada à puérpera e ao RN:

- Avaliar o estado geral da mulher e do RN;
- Investigar as relações familiares (comunicação entre os membros familiares, papéis de cada membro, organização familiar – exemplo: mãe chefe de família, responsável pelo cuidado da criança, entre outras características);

- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional à família durante os atendimentos ou visitas domiciliares;
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal (tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, mudança de humor, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelo, ideias suicidas e perda do interesse sexual; a depressão puerperal apresenta, geralmente, início insidioso entre 2ª a 3ª semana do puerpério);
- Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do RN;
- Prevenir lesões não intencionais;
- Identificar sinais de perigo à saúde da puérpera e da criança;
- Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo;

A seguir, é apresentada a relação dos aspectos a serem abordados, observados e investigados nas duas consultas de rotina no puerpério (até o 7º dia pós-parto e até o 42º dia pós-parto).

Roteiro para a primeira consulta de puerpério (até 7 dias pós-parto)

- Observação das adaptações fisiológicas do corpo da mulher no pós-parto e a relação da mãe com seu filho;
- Nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo realizar orientação e monitoramento domiciliar quanto à contraindicação para amamentação; e, nessa situação, investigar se a criança já está recebendo a fórmula infantil. Reforçar que toda puérpera vivendo com HIV/Aids ou com HTLV não deve amamentar. A criança exposta ao HIV e HTLV receberá a fórmula infantil, durante os primeiros 12 meses de vida. Portanto, todo profissional de saúde que realizar atendimento de gestante/ puérpera com HIV e HTLV, deve informar sobre o direito da criança receber a fórmula láctea infantil, indicando as Unidades em que serão realizadas as dispensações (Unidades e Fluxo de Distribuição disponíveis nos Quadros 7 e 8 abaixo);
- Nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo observar a situação das mamas (sem fazer expressão), investigar se iniciou a Cabergolina 1 mg VO, em dose única (02 comprimidos de 0,5 mg VO), e se houve apoiadura. Se houver produção de leite, orientar para contenção das mamas com “top” de número inferior ao usual. Investigar também a presença de mastite;

- Nos casos de mães HIV positivo, investigar se ela está sendo acompanhada pelo serviço de referência;
- Nos casos de mãe com hepatites B ou C, o aleitamento materno não está contraindicado, desde que na ausência de fissuras ou feridas sangrantes nos mamilos ou de coinfeção pelo HIV, estando recomendada interrupção temporária de amamentação na mama lesionada. Até cicatrização completa, manter ordenha e descarte do leite.
- Verificar as pendências de vacinação;
- Como estão as mamas? (Há fissuras, ingurgitamento, temperatura local, hiperemia, abscesso?)
- Fornecer aconselhamento sobre o processo de amamentação e observar a condição da “pega” e do posicionamento do RN durante a amamentação no consultório. Caso identificado algum problema, ofertar ações de manejo clínico da amamentação na própria UBS e, caso necessário, encaminhar ao BLH ou PCLH de referência;
- Orientar sobre a doação de leite materno para os BLH ou PCLH;
- Como está o sangramento transvaginal - loquiação (volume, cor e odor)?
- Orientação para o uso de métodos contraceptivos e dupla proteção;
- Como está a adaptação da mulher à nova condição?
- Tem suporte familiar ou de amigos nesta nova fase?
- Como estão os sentimentos da mulher? Tem chorado? Tem se sentido solitária? Tem ideação suicida?
- Orientação de retorno a qualquer momento na UBS ou hospital regional, se intercorrências. Alertar para presença febre;
- Orientação de retorno com até 42 dias após o parto para a segunda consulta puerperal;
- Garantir a suplementação com ferro por 90 dias após o parto pela relevância para a saúde da mulher;
- Estimular a participação do (a) companheiro (a) nos cuidados com a criança;
- Continuidade do uso de medicamentos, quando for o caso.
- Para informações sobre Planejamento Reprodutivo consultar [Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com inserção de DIU na APS](#) e seus respectivos [fluxogramas](#).

Roteiro para a segunda consulta de puerpério (até 6 semanas pós-parto [42 dias pós-parto])

- Nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo realizar orientação quanto a contraindicação da amamentação e, nessa situação, investigar se a criança já está recebendo a fórmula infantil. Reforçar que toda puérpera vivendo com HIV/Aids ou com HTLV não deve amamentar. A criança exposta ao HIV e HTLV receberá a fórmula infantil, durante os primeiros 12 meses de vida. Portanto, todo profissional de saúde que realizar atendimento de gestante/ puérpera com HIV e HTLV, deve informar sobre o direito da criança receber a fórmula láctea infantil, indicando as Unidades em que serão realizadas as dispensações (Unidades e Fluxo de Distribuição disponíveis nos Quadros 7 e 8 abaixo);
- Nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo observar a situação das mamas (sem fazer expressão). Investigar se realizou a Cabergolina 1 mg, VO, dose única (02 comprimidos de 0,5 mg, VO, dose única), para secar o leite, e se houve apojadura. Se houver produção de leite orientar para contenção das mamas com “top” de número inferior ao usual. Investigar também presença de mastite;
- Nos casos de mães HIV ou HTLV positivo, investigar se ela está sendo acompanhada pelo serviço de referência;
- Nos casos de mãe com hepatites B ou C, o aleitamento materno não está contraindicado, desde que na ausência de fissuras ou feridas sangrantes nos mamilos ou de coinfeção pelo HIV, estando recomendada interrupção temporária de amamentação na mama lesionada. Até cicatrização completa, manter ordenha e descarte do leite.
- A importância da coleta de colpocitologia oncológica (CCO) para prevenção de câncer do colo uterino (fazer a coleta da CCO de acordo com as recomendações da SES-DF/INCA);
- A importância de manter a suplementação com ferro por 90 dias após o parto;
- Como estão as mamas (fissuras, ingurgitamento, temperatura local, hiperemia, abscesso)?
- Fornecer aconselhamento sobre o processo de amamentação e observar a condição da “pega” e do posicionamento do RN durante a amamentação no consultório. Caso identificado algum problema, ofertar ações de manejo clínico da amamentação na própria UBS e, caso necessário, encaminhar ao BLH ou PCLH de referência;
- Orientar sobre a doação de leite materno para os BLH ou PCLH;
- Verificar se ainda existe sangramento transvaginal - loquiação (volume, cor e odor)?
- Como está a adaptação da mulher à nova condição? Sintomas de depressão pós-parto?

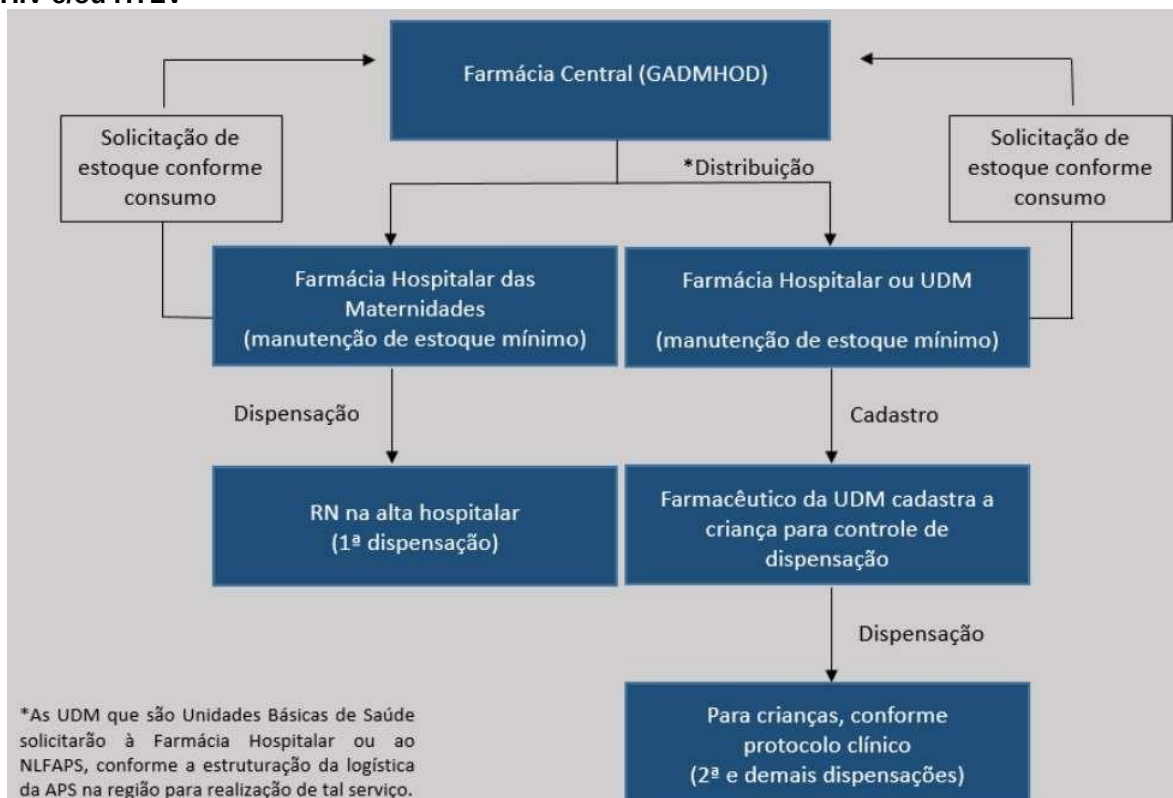
- O retorno às menstruações para quem está e para quem não está amamentando;
- O retorno à atividade sexual e orientações de planejamento reprodutivo e dupla proteção;
- É importante a orientação sobre o uso do preservativo durante a lactação para as puérperas. Em caso de suspeita de infecção materna por HIV, cujo risco de transmissão para o lactente é alto, recomenda-se a imediata interrupção da amamentação, a realização de testagem para HIV na mãe e no lactente para detecção precoce de infecção pelo HIV, a avaliação para PEP e o acompanhamento da criança exposta;
- A importância do intervalo interpartal mínimo de dois anos para a promoção da saúde da mulher e de futuros filhos;
- Estimular a participação do (a) companheiro (a) nos cuidados com a criança;
- Em caso de Pós-Abortamento (gestação interrompida até a vigésima semana ou peso fetal abaixo de 500gr), puérperas cujo feto foi natimorto ou óbito neonatal observar as orientações relativas a primeira consulta de puerpério
- Métodos Contraceptivos – métodos disponíveis na SES-DF e a eficácia deles, com ênfase para os métodos Contraceptivos de Longa Duração – DIU Tcu 380 (até 10 anos);
- Métodos Contraceptivos Definitivos – Lei do Planejamento Reprodutivo – Laqueadura Tubária e Vasectomia. Para informações sobre Planejamento Reprodutivo consultar [Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com inserção de DIU na APS](#) e seus respectivos [fluxogramas](#).

Quadro 7 – Unidades de dispensação da fórmula láctea infantil para crianças de mães com HIV e HTLV

UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTO	ENDEREÇO
CENTRO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS (CEDIN)- ASA SUL	EQS – 508/509 – Asa Sul
POLICLÍNICA 03 LAGO SUL	St. Habitações Individuais Sul QI 21 – Lago Sul
FARMÁCIA ESCOLA HUB	SGAN Quadra 605 – L2 Norte – Asa Norte
POLICLÍNICA DE PLANALTINA	Av. St. Hospitalar Quadra 1 – Planaltina – DF
UBS Nº 01 DE SOBRADINHO	Quadra 14 Área Especial nº 22/23, Sobradinho
FARMÁCIA AMBULATORIAL DE IST/AIDS - POLICLÍNICA II – CEILÂNDIA	QNM 27 – Área Especial nº 1 - Ceilândia
POLICLÍNICA DE TAGUATINGA	C12 Área Especial 01 Taguatinga Centro
POLICLÍNICA DO GAMA - FARMACIA DIP	EQ 48/50 – Área Especial nº 1– Setor Central - Gama

Nota Técnica de Dispensação da fórmula infantil para criança exposta ao HIV e HTLV N.º 14/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST ou outras que a substituírem após atualização.

Quadro 8 – Fluxo de Distribuição e Dispensação de Fórmula Infantil para crianças expostas ao HIV e/ou HTLV



Legenda: GADMHOD – Gerência de Armazenamento e Distribuição de Materiais Hospitalares e de Odontologia; NLFAPS – Núcleo de Logística Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde; UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais.

m) Acompanhamento da mulher no pós-abortamento

Em caso de Pós-Abortamento (gestação interrompida até a vigésima semana ou peso fetal abaixo de 500gr), puérperas cujo feto foi natimorto ou óbito neonatal as consultas podem ser realizadas por enfermeiros e/ou médicos. O foco da atenção à mulher se refere a acompanhar a involução uterina, loquiação e orientar/disponibilizar insumos para o planejamento reprodutivo, que deverá ser iniciado imediatamente, se em concordância mediante esclarecimento dos riscos, da mulher (Vide POP Atenção a Mulher no Puerpério no Guia de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde).

Caso haja queixa mamária, avaliar a necessidade de orientação para uso de um ‘Top’ bem ajustado para inibir a produção láctea e observar sinais e sintomas de ingurgitamento mamário ou mastite. Avaliar a necessidade de introdução da inibição da amamentação por medicamentos: Cabergolina 1 mg VO, em dose única (02 comprimidos de 0,5 mg VO). Da mesma forma que para as mulheres que tiveram natimorto, nos casos de feto natimorto, óbito neonatal e abortamento, deve-se prescrever a suplementação com ferro por pelo menos 90 dias após (conforme Quadro 2).

Os seguintes exames devem ser realizados: teste rápido de Sífilis e HIV, hemograma. A tipagem sanguínea e o coombs indireto são necessários para avaliar se é preciso o uso de

Imunoglobulina Anti-RHO (D) solução injetável de 250 MCG. **Habitualmente o exame é realizado na atenção hospitalar, contudo, é importante que o profissional confirme a sua realização. A imunoglobulina deve, preferencialmente, ser realizada até 72 horas, mas, há possibilidade de ser feita até 28 dias após a avaliação de exame de Coombs indireto, ressaltando que quanto mais tarde, menos efetivo.**

Nos casos de abortamento espontâneo, a partir do terceiro episódio, a mulher deve ser orientada acerca da necessidade de avaliação especializada, pela possibilidade da existência de uma doença autoimune, genética ou infecciosa. Se a usuária desejar nova gestação, encaminhá-la ao serviço de reprodução humana.

A mulher e a família nessas situações demandam, ainda, acolhimento, escuta qualificada e apoio emocional da equipe de saúde, sem julgamento ou imposição de valores. Se necessário, encaminhamento para serviço de saúde mental.

No caso de puérperas HIV+ e HTLV+, seguir Protocolo SES para IST. Investigar nas consultas de puerpério e da mulher, pós abortamento, e nos registros da Caderneta da Gestante, a ocorrência de eventos durante a gestação, que indiquem necessidade de vigilância pela APS no seguimento dessas usuárias: hipertensão arterial, diabetes, doença exantemática, doença autoimune, violência doméstica, etc.

n) Atribuições dos Profissionais na Saúde

Em que pese cada profissional ter suas atribuições específicas - algumas delas definidas nos códigos de ética e na legislação do exercício profissional - muitas atividades na atenção primária se referem a atuação em equipe. A integralidade da atenção às pessoas se fortalece quando realizada em equipe, na conjunção de saberes multiprofissionais. Por outro lado, a corresponsabilização pelo cuidado deve ser estimulada no sentido não só da rede de atenção acolher e cuidar dos/as usuários/as nos diversos níveis de complexidade, como no estímulo a que cada pessoa assuma seu autocuidado a partir de informações claras, objetivas e necessárias oferecidas pelas equipes de saúde.

- **Atribuições comuns a todos os profissionais da APS**

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe com identificação das famílias e gestantes expostas a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das gestantes no sistema de informação indicado pelo gestor e utilizar sistematicamente esses dados para a análise da situação de saúde do território;

- Realizar o cuidado da saúde da gestante e da puérpera no âmbito da UBS, e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Garantir a atenção à saúde da gestante, de sua parceria quando houver, e da puérpera buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento com escuta qualificada das gestantes, parceria (s) ou acompanhante, e das puérperas, realizando escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Orientar as mulheres, parceria e suas famílias sobre a importância do pré-natal, do aleitamento materno e da vacinação durante a gestação;
- Conferir as informações preenchidas na Caderneta da Gestante em todas as oportunidades;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas de pré-natal;
- Orientar/aplicar as vacinas antitetânica, contra hepatite B, contra Influenza e dTpa, conforme situação vacinal encontrada;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e das puérperas faltosas a consulta puerperal ou em outras atividades/ações que a equipe realiza;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde;
- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que vise propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença-cuidado dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- Orientar a mulher e seu/sua companheiro (a) sobre os métodos disponíveis de planejamento reprodutivo;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno, ofertar ações de manejo clínico da amamentação e, se necessário, encaminhar para o BLH ou Posto de Coleta de Leite Humano de referência;

- Realizar reuniões de equipe semanais a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da APS;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença-cuidado da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social e
- Identificar parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.
- Informar à puérpera vivendo com HIV/Aids ou com HTLV sobre o direito da criança a receber a fórmula láctea infantil, indicando as Unidades em que serão realizadas as dispensações.

- **Atribuições do Agente Comunitário de Saúde**

- Cadastrar todas as gestantes de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as gestantes e puérperas sob sua responsabilidade e manter as informações destas atualizadas;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravose de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas, individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;
- Encaminhar toda mulher com suspeita de gravidez à UBS, buscando promover a captação precoce para o pré-natal (até 12 semanas de gestação);
- Monitorar e acompanhar as consultas subsequentes de pré-natal de todas as gestantes da sua microárea de atuação;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade nas gestantes e puérperas e, quando necessário, encaminhá-la para consulta de enfermagem ou médica;
- Informar o enfermeiro ou o médico da equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue,

palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes ou dor ao urinar e

- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde nas atividades e nas ações direcionadas às gestantes e puérperas.

- **Atribuições do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem**

- Participar das atividades de atenção, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde (individuais ou em grupo) às gestantes, parcerias (quando houver) e puérperas conforme planejamento da equipe;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados na Caderneta da Gestante;
- Coletar exames para análise laboratorial de acordo com pedido médico ou de enfermeiro;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consultade enfermagem ou médica, quando necessário;
- Informar o enfermeiro ou o médico da equipe caso a gestante apresente algum sinal de alarme (febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes ou dor ao urinar);
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

- **Atribuições do Enfermeiro**

Realizar atenção à saúde da gestante e da puérpera na UBS, atividades em grupo e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);

- Realizar consulta de enfermagem de pré-natal de risco habitual utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Prescrever medicamentos, solicitar exames complementares e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, observadas as disposições legais da profissão e as diretrizes presentes neste Protocolo;

- Realizar os testes rápidos de gravidez, sífilis, HIV, Hepatites B e C fornecendo aconselhamento pré e pós-teste;
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe sobre a saúde da gestante e da puérpera;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

- **Atribuições do Médico**

- Realizar atenção à saúde da gestante e da puérpera sob sua responsabilidade;-
- Realizar consultas de pré-natal, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (creches, escolas, associações, entre outros);
- Realizar os testes rápidos de gravidez, sífilis, HIV, hepatites B e C fornecendo aconselhamento pré e pós-teste;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e/ou vulnerabilidade;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, gestantes ou puérperas a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento das gestantes e das puérperas;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe sobre a saúde da gestante e da puérpera e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

- **Atribuições do Auxiliar e do Técnico em Saúde Bucal**

- Realizar a atenção em saúde bucal das gestantes, puérperas e suas famílias segundo a programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais das gestantes e puérperas;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar acolhimento das gestantes e puérperas nos serviços de saúde bucal e
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

- **Atribuições do Cirurgião-dentista**

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico das mulheres para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as gestantes, puérperas e suas famílias, de acordo com o planejamento da equipe, com resolubilidade;
- Realizar os procedimentos clínicos da APS em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nas gestantes e puérperas;
 - Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
 - Realizar consulta odontológica nas gestantes classificadas de risco habitual;
 - Avaliar a necessidade e a possibilidade de tratamento na gestante/puérpera, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
 - Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
 - Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
 - Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
 - Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
 - Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
 - Realizar busca ativa das gestantes e puérperas faltosas de sua área de abrangência;
 - Realizar visitas domiciliares regulares durante o período gestacional e puerperal;
 - Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o recém-nascido, enfatizando a importância do papel do aleitamento materno na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
 - Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;
 - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar e
 - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
- **Atribuições dos profissionais das Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti)**
 - Apoiar os profissionais das equipes de saúde da família no exercício da coordenação do cuidado das gestantes e puérperas;

- Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes;
- Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde da família;
- Identificar e articular juntamente com as equipes de saúde da família uma rede de proteção social com foco nas gestantes e puérperas;
- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família sobre a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e as potencialidades e
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

o) Apoio Matricial

Entende-se o apoio matricial como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde em uma tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde¹⁸.

Nesse sentido, atuam os ginecologistas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos da eMulti, os dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas e outros profissionais que exercem nesse contexto a realização desse apoio às equipes da APS.

8.1 Conduta Preventiva

8.1.1 Vacinação

A vacinação durante a gestação tem o objetivo de proteção da gestante e do feto. Dessa forma, recomenda-se que as mulheres gestantes estejam com seu calendário vacinal atualizado com as seguintes vacinas:

dTpa:

- Administrar uma dose nas gestantes a partir da vigésima semana (20ª) de gestação;
- Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério (até 45 dias após o parto), o mais precocemente possível;

- A dTpa deve ser administrada **a cada gestação** considerando que os anticorpos têm curta duração, portanto, a vacinação durante uma gravidez não manterá alto nível de anticorpos protetores em gestações subsequentes;
- A vacinação das gestantes visa garantir que os bebês já nasçam com proteção contra a coqueluche, devido a transferência dos anticorpos da mãe para o feto pela placenta. Sendo assim o bebê receberá proteção nos primeiros meses de vida, uma vez que a primeira dose de vacina com componente *pertussis* (coqueluche) só está recomendada a partir do 2º mês de vida;
- A depender da situação vacinal encontrada na gestante, seguir as orientações do Quadro 1.

Quadro 7: Esquema vacinal para gestantes de acordo com situação vacinal encontrada - Distrito Federal, 2020

Situação	Conduta	Orientações técnicas
Não vacinadas OU sem comprovação vacinal com os componentes difteria e tétano (dT)	Iniciar esquema de vacinação: - Administrar 2 doses de dT e 1 dose de dTpa - Utilizar o intervalo de 60 dias ou mínimo de 30 dias entre as doses	A dTpa deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação Quando não houver tempo hábil para concluir o esquema antes do parto, priorizar a administração da dTpa
Gestantes vacinadas com 1 dose de dT	- Completar esquema de vacinação com 1 dose de dT e 1 dose de dTpa. - Utilizar o intervalo de 60 dias ou mínimo de 30 dias entre as doses.	A dTpa deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação Quando não houver tempo hábil para concluir o esquema antes do parto, priorizar a administração da dTpa
Gestantes vacinadas com 2 doses de dT	- Completar esquema de vacinação com 1 dose de dTpa. - Utilizar o intervalo de 60 dias ou mínimo de 30 dias entre as doses	A dTpa deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação
Gestantes vacinadas com 3 doses (esquema completo) de vacina com os componentes difteria e tétano (dT ou dTpa)	- Administrar 1 dose de dTpa. - Utilizar intervalo mínimo de 30 dias da última dose do esquema básico	A dTpa deve ser administrada a partir da 20ª semana A CADA GESTAÇÃO
Gestantes vacinadas com 3 doses (esquema completo) e reforço de vacina com os componentes difteria e tétano (dT ou dTpa)	- Administrar 1 dose de dTpa. - Utilizar intervalo mínimo de 30 dias da última dose	A dTpa deve ser administrada a partir da 20ª semana A CADA GESTAÇÃO

Fonte: GEVITHA/DIVEP/SVS/SES-DF.

Influenza:

- Administrar uma dose por ocasião da campanha anual de vacinação contra Influenza, em qualquer idade gestacional;
- Caso a mulher tenha perdido a oportunidade de se vacinar durante a gestação, poderá receber a dose até 45 dias após o parto.

Hepatite B:

- Vacinada com esquema completo: não revacinar;
- Não vacinada ou sem comprovação vacinal, em qualquer faixa etária e idade gestacional: administrar 3 doses da vacina hepatite B no esquema 0, 1 e 6 meses;
- Em caso de esquema vacinal incompleto, **não reiniciar o esquema**, apenas completá-lo conforme situação encontrada;
- Quando não for possível completar o esquema durante a gestação, concluir após o parto

Tríplice Viral:

- A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é **CONTRAINDICADA** para gestantes; entretanto, recomendamos que seja feita no puerpério, de preferência ainda na maternidade, de acordo com a situação vacinal encontrada.

8.1.2 Roteiros para Reuniões Educativas durante o Pré-natal

As atividades educativas não devem, em nenhuma hipótese, restringir o atendimento às consultas de pré-natal com o médico e/ou enfermeiro, ou seja, não se deve vincular a obrigatoriedade de participação nas atividades educativas para que a mulher consiga agendar consulta médica ou de enfermagem. No Quadro 9 pode ser observada sugestão de temas a serem abordados durante as reuniões educativas em cada momento gestacional, contudo, cabe ao profissional que está acompanhando o pré-natal a eleição do melhor assunto, considerando a realidade da população assistida.

Quadro 9 – Orientações para reuniões no pré-natal

Trimestre gestacional	Orientações
Primeiro Trimestre da Gestação (≤ 14 semanas)	Adaptações fisiológicas do corpo da mulher durante o primeiro e segundo trimestre e os sintomas correspondentes;
	Os riscos consequentes ao uso de medicamentos, tabaco, bebida alcoólica ou droga ilícita durante a gravidez;
	A importância das vacinas durante a gestação;
	A importância da prevenção da Toxoplasmose;
	A importância da realização dos exames preconizados e dos tratamentos, inclusive para suas parcerias quando necessário;
	O risco da sífilis e do HIV e das hepatites B e C para mãe e para o bebê. Necessidade da realização do exame e tratamento da (s) parceria (s);
	O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
	O conceito de vinculação ao hospital de referência preconizado pela Rede Cegonha;
	A identificação para a gestante de qual é seu hospital de referência;
	A importância da visita de vinculação obstétrica ao seu hospital de referência;
	Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
	Cuidado com o corpo (higiene pessoal) e alimentação;
	Atividade física durante a gravidez;
	Oferecer as Práticas Integrativas em Saúde (PIS) disponíveis na UBS;
	Atividade sexual durante a gravidez;
	A importância do uso do preservativo masculino ou feminino (vaginal) nas relações sexuais.
	Ofertar preservativos masculino e feminino (ofertar o preservativo feminino (ou vaginal), uma vez que é o um método de barreira que pode ser escolhido pela própria mulher)
	Importância da presença do (a) companheiro (a) nas consultas de pré-natal;
	Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
	Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;

	Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.
Segundo Trimestre da Gestação (15 a 28 semanas)	A importância da coleta de colpocitologia oncológica (CCO) para prevenção de câncer do colo uterino, quando indicada, conforme orientações normatizadas pela SES-DF/INCA;
	A importância do uso do preservativo masculino ou feminino (vaginal) nas relações sexuais.
	Ofertar preservativos masculino e feminino (ofertar o preservativo feminino (ou vaginal), uma vez que é o um método de barreira que pode ser escolhido pela própria mulher)
	A importância da realização dos exames preconizados e dos tratamentos, inclusive para parcerias quando necessário;
	O risco do corrimento vaginal, da infecção urinária ou da infecção dentária para o parto prematuro;
	A importância da suplementação com ferro para prevenção da anemia na mãe e no bebê depois de nascido;
	O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
	Oferecer as PIS disponíveis na UBS;
	Os direitos das mulheres, especialmente, o direito ao acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e uma hora após o parto no seu hospital de referência (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
	As fases do trabalho de parto: a fase latente de trabalho de parto (<4cm de dilatação), a fase ativa de trabalho de parto (>4cm de dilatação), a fase de expulsão do bebê e da placenta;
	Esclarecer sobre duração de um trabalho de parto, posições de parto, alimentação durante trabalho de parto, depilação, enema, episiotomia, necessidade de realizar episiotomia e o uso de ocitocina, tendo como referência as Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal;
	Importância da presença do (a) companheiro (a) nas consultas de pré-natal;
	Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.
Terceiro Trimestre de Gestação (≥ 29 semanas)	O risco do corrimento vaginal, da infecção urinária ou da infecção dentária para o parto prematuro;
	Orientação de que a partir de 36 semanas as contrações uterinas são normais sem que seja trabalho de parto, sobretudo no fim da tarde e noite;
	A importância da realização dos exames preconizados e tratamento, inclusive para parcerias quando necessário;

	A importância do uso do preservativo masculino ou feminino (vaginal) nas relações sexuais.
	Ofertar preservativos masculino e feminino (ofertar o preservativo feminino (ou vaginal), uma vez que é o um método de barreira que pode ser escolhido pela própria mulher)
	Orientação que a gestante procure o hospital de referência se contrações frequentes (3 ou mais em 10 minutos), perda de sangue ou líquido via vaginal, diminuição ou parada de movimentação fetal.
	Reafirmar as consultas de pré-natal semanais entre 36 e 41 semanas ou até o bebê nascer, não havendo alta do pré-natal;
	Oferecer as PIS disponíveis na UBS;
	Reafirmar o protocolo de internação quando atingir 41 semanas de idade gestacional, independentemente de trabalho de parto;
	Reafirmar que o parto cesárea só pode ser indicado quando ela estiver em trabalho de parto ou em casos que há uma real indicação clínica. Não é possível prever que o parto será cesariano no pré-natal;
	Orientar como será o acompanhamento do puerpério na APS;
	Enfatizar a importância das consultas de puerpério;
	Orientar sobre a doação de leite materno após o parto para os BLH ou PCLH;
	Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo;
	Orientar sobre a importância da presença do (a) companheiro (a) nas consultas de pré-natal;
	Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
	Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
	Reforçar quais documentos a gestante precisa levar para a maternidade.

8.1.3 Aleitamento Materno.

O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno e para promover e incentivar familiares e cuidadores quanto à alimentação complementar saudável. Uma equipe de saúde preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientar de forma oportuna e, de acordo com a realidade de cada família e seu arranjo, influencia positivamente na realidade de seu território, melhorando indicadores relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. A

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável podem ser realizados em diferentes contextos, com o envolvimento de todos os profissionais da APS, seja no domicílio ou na unidade de saúde, em consultas, visitas ou atividades de grupo. Abrange ações de educação em saúde, cuidado clínico da mãe e do bebê, abordagem ampliada do contexto cultural, psicossocial e familiar.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses e até 2 anos de idade, ela seja complementada com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno ²¹. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida. No contexto do aleitamento materno, é importante orientar que o leite materno é semelhante para todas as mulheres que amamentam, exceto as mulheres que apresentem desnutrição grave, pois podem ter o seu leite afetado em sua qualidade e quantidade.

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento. É fundamental que a mãe receba esclarecimento sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação e as mudanças no corpo biológico e simbólico. Assim também, nas dificuldades que ela pode enfrentar, bem como as possibilidades de superação – por exemplo, os cuidados com as mamas para evitar a mastite, o manejo para retirada e armazenamento do leite, o uso correto de compressas, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas –, há necessidade de descanso da mulher durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoiá-la neste momento.

É de extrema importância o apoio e a escuta da mulher que tem dificuldades para amamentar, sem julgamentos e ofertando momentos de cuidado para superação das dificuldades. Além disso, deve-se observar algum tipo de sofrimento decorrente deste processo, para, caso seja necessário, encaminhar para outro serviço. Da mesma forma, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher em relação à amamentação, suas experiências prévias, expectativas e frustrações. Existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites, que também estão associados ao aumento da morbimortalidade infantil. Alguns utensílios oferecidos à criança podem trazer riscos para a continuidade da amamentação, como as chupetas e mamadeiras. Seu uso está associado à “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira, que pode comprometer, ainda, a produção de leite, pois as crianças que usam chupeta comumente são amamentadas com menos frequência.

Outras condições precisam ser observadas, como o término da licença maternidade aos 4 meses de vida da criança, o que pode gerar insegurança na mãe quanto à continuidade

da amamentação exclusiva. Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde oriente a mulher sobre como manter a amamentação mesmo após o retorno ao trabalho. Com foco na qualidade e integralidade do cuidado, é importante registrar em prontuário o tipo de alimentação que a criança tem recebido, utilizando-se as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionadas a seguir:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos).

- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Se necessário, o cuidado com a amamentação deverá ser compartilhado com os outros pontos da rede de atenção à saúde, como maternidades, bancos de leite, serviços especializados, cabendo à Atenção Primária o acompanhamento e a coordenação do cuidado em rede. Ao completarem 6 meses de idade (180 dias), as crianças precisam receber outros alimentos para complementar as necessidades de energia e micronutrientes, que já não são mais supridas apenas pelo leite materno. No entanto, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes e de fatores imunológicos, que protegem a criança de doenças após os 6 meses de idade.

Toda puérpera vivendo com HIV/Aids ou com HTLV não deve amamentar. A criança exposta ao HIV e HTLV receberá a fórmula infantil, durante os primeiros 12 meses de vida. Portanto, todo profissional de saúde que realizar atendimento de gestante com HIV e HTLV, deve informar sobre o direito da criança receber a fórmula láctea infantil, indicando as Unidades em que serão realizadas as dispensações.

Nos casos de mãe com hepatites B ou C, o aleitamento materno não está contraindicado, desde que na ausência de fissuras ou feridas sangrantes nos mamilos ou de co-infecção pelo HIV, estando recomendada interrupção temporária de amamentação na mama lesionada. Até cicatrização completa, manter ordenha e descarte do leite.

8.1.4. Métodos Contraceptivos

A escolha do método contraceptivo deve ser sempre individualizada para cada puérpera. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Durante os primeiros seis meses após o parto, o aleitamento materno exclusivo à livre demanda com amenorreia está associado à diminuição da fertilidade. Porém, este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê. O efeito inibidor da fertilidade (que o aleitamento materno exclusivo com amenorreia tem) pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção, chamado de Método da Amenorreia da Lactação (LAM). Deve-se considerar o risco de gravidez em decorrência da ovulação que precederá a primeira menstruação.

Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar do bebê ou retorno das menstruações) ou quando a mulher deseja utilizar outro método associado ao LAM, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nestes casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais (DIU e métodos de barreira).

O Dispositivo Intrauterino (DIU) pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de quarentena dias pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal até três meses após a cura. O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado para a dupla proteção.

O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula – Noretisterona 0,35 mg) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso pode ser iniciado após 6 semanas do parto, sendo o enfermeiro também autorizado a prescrever esse medicamento no âmbito da APS da SES-DF.

O anticoncepcional injetável trimestral – Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto, sendo a prescrição realizada pelo médico ou enfermeiro da equipe.

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados nas lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.

Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual.

Para informações sobre Planejamento Reprodutivo consultar [Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com inserção de DIU na APS](#) e seus respectivos fluxogramas.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Práticas Integrativas de Saúde (PIS)

A inserção das Práticas Integrativas de Saúde (PIS) no fluxo de atendimento da Rede Cegonha é uma estratégia importante na operacionalização do princípio de integralidade na atenção à saúde da mulher - durante a gestação, o parto e o puerpério - e à criança. No DF, das modalidades de PIS que atualmente são ofertadas pelo SUS, ao menos 10 (dez) delas, se inseridas na rede de cuidado à saúde materno-infantil, podem contribuir para a promoção da saúde, prevenção de agravos e na redução de sintomas durante a gravidez, no parto e puerpério. De outro lado, também podem ser grandes aliadas no desenvolvimento de crianças saudáveis e resistentes às doenças, promovendo à saúde ao fortalecer o sistema imunitário e propiciar o funcionamento fisiológico do organismo.

As PIS são práticas de saúde que valorizam a construção de redes de apoio social e da cidadania, estimulam práticas de promoção da saúde e da qualidade de vida e fortalecem os mecanismos naturais de cura. As PIS que possuem indicações efetivas e seguras para as mulheres durante a gestação, parto e puerpério e para os recém-nascidos e crianças são: acupuntura, arteterapia, automassagem, hatha yoga, homeopatia, meditação, musicoterapia, reiki, shantala e terapia comunitária. Para o detalhamento sobre cada uma delas observar as referências bibliográficas.

Os profissionais que atendem as mulheres e as crianças devem apresentar essas possibilidades de práticas, não só durante o ciclo gravídico-puerperal, esclarecendo os benefícios que advirão da adesão das usuárias e das crianças. A seguir um resumo das PIS atualmente disponíveis da Rede SES-DF que podem ser indicadas as gestantes e/ou puérperas.

- **Laya Yoga**

O Laya Yoga é uma técnica de relaxamento profundo, muscular e nervoso, que promove restauração física, emocional e mental, reequilibra o sistema nervoso e estabelece harmonia e o equilíbrio psico-energético.

Atua diretamente nas emoções, que vêm dos pensamentos, e influenciam o sistema glandular, o metabolismo, o fisiologismo e o psiquismo. É o Yoga da dissolução dos

condicionamentos, experiências negativas registradas no inconsciente, que sobrecarregam o sistema emocional podendo ocasionar desequilíbrios diversos. Pode ser indicada a gestantes, puérperas e suas famílias tendo como principais indicações a redução da ansiedade, insônia, nervosismo, angústias, medos e depressão.

Esta prática pode ser ofertada individualmente ou para grupos, com duração de 1h, sendo composta de uma breve harmonização, alguns minutos de exercícios respiratórios indutores ao relaxamento e uma meditação conduzida, que leva a (o) praticante à um estado muito parecido com o estado do sono REM, no qual os hormônios restauradores do sono são liberados. Todos os usuários podem participar desta prática, sem limite de idade ou condição física, pois não existe esforço algum.

- **Automassagem**

A Automassagem é uma Prática Milenar da Medicina Tradicional Chinesa que tem por finalidade manter, restabelecer a saúde e promover o equilíbrio da circulação do sangue e da energia vital (chi em chinês) por todas as partes do corpo. É realizada pelo próprio sujeito por meio de massagem em pontos no caminho dos meridianos relacionados aos órgãos internos e áreas específicas do corpo.

Esta prática promove a saúde através do contato com o nosso próprio corpo pela respiração, atenção e intenção num estado de presença e conexão, ainda proporcionando uma sensação de calma e plenitude. Utiliza-se do toque e do movimento. A pele, ao ser tocada, leva os estímulos gerados por meio de terminações nervosas ao cérebro, que transmite as informações para outros órgãos. Pode ser realizado tanto em grupos de educação, planejamento, promoção à saúde da mulher nesta fase da vida, juntamente com seus companheiros, quanto individualmente para necessidades específicas.

As principais indicações são: promover equilíbrio energético do corpo, sono profundo, relaxamento muscular, alívio de estresse, reduzir dores e náuseas, auxiliar na amamentação e no trabalho de parto, melhora das funções digestivas e do intestino e da depressão.

- **Shantala**

Prática oriunda da tradição ayurvédica, proporciona nutrição ao corpo do bebê, alívio de tensões físicas e não físicas, tanto do bebê como de seus cuidadores, especialmente em momento de aumento da vulnerabilidade e do estresse familiar – a chegada de um novo membro à família.

A Shantala é uma técnica que combina o toque, a oleação (com alguns óleos vegetais puros), a massagem e o alongamento suave do corpo do bebê. Geralmente feita pelos pais,

pode ser executada por outros membros da família ou outros cuidadores, se autorizados pelos pais do bebê.

O papel do facilitador de Shantala é orientar e tornar os cuidadores do bebê aptos à prática domiciliar diária. O atendimento pode ocorrer individualmente, para um núcleo familiar, ou em grupos com vários núcleos familiares. As principais indicações para a Shantala são: Auxílio ao processo de paternagem e maternagem; Depressão parental; Estresse elevado do bebê ou dos cuidadores; Auxílio ao ganho de peso e ao cuidado com a pele de bebês prematuros e de baixo peso; Cuidado para bebês saudáveis, em geral; Alívio de cólicas intestinais do bebê.

Não indicado para cuidadores potencialmente agressivos, com risco de alucinações ou delírios, ou em uso de substâncias psicoativas

Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, uma Prática Integrativa em Saúde (PIS), criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará. É uma prática de grupo desenvolvida por meio de encontros comunitários possibilitando que as dificuldades vivenciadas no cotidiano possam ser compartilhadas, bem como as estratégias de superação que foram desenvolvidas. A TCI é um recurso que promove a formação de redes sociais solidárias de apoio para lidar com o sofrimento e mobilizar os recursos e as competências das pessoas nos níveis individual, familiar e comunitário. Pode ser indicada quando se objetiva: promover uma vivência mais saudável do período de gestação tanto para as gestantes como para suas famílias; os encontros em grupo e as partilhas contribuem para um melhor enfrentamento das inquietações cotidianas vivenciadas nesse período, melhoria na saúde das mulheres grávidas, fortalecendo a sua identidade e a sua cidadania, bem como de seus familiares.

Técnica de Redução de Estresse (TRE®)

A Técnica de Redução de Estresse - TRE® é uma prática corporal que foi desenvolvida em contextos sociais adversos, mostrando-se muito efetiva para ajudar a lidar com níveis elevados de estresse e de desregulação emocional.

A técnica inclui uma sequência de exercícios, alongamentos e posturas que ativam tremores espontâneos em certos grupos musculares do corpo. Esses tremores são um recurso natural para descarregar os níveis de ativação do sistema nervoso, aliviar tensões corporais e equilibrar o organismo. Dessa forma, eles ajudam a reduzir o estresse, relaxam o corpo e regulam as emoções. A TRE® também é uma ferramenta de autocuidado, que, uma

vez aprendida, a pessoa pode usar por conta própria para manutenção da sua saúde e qualidade de vida.

As aulas de TRE® podem ser oferecidas individualmente ou em grupos e podem beneficiar todos os integrantes do sistema familiar e da rede de apoio da gestante. Para a futura mãe, a técnica é contraindicada durante o período de gestação, mas pode ser praticada a partir do puerpério com objetivo de redução de estresse e sobrecarga emocional relacionados aos desafios adaptativos desta fase ou relacionados a outras questões do dia a dia, e ainda, para aliviar tensões musculares da puérpera decorrentes das mudanças corporais ocasionadas pela gestação.

Meditação

A meditação é uma prática milenar descrita por diferentes culturas tradicionais que permite cultivar e desenvolver qualidades fundamentais para o ser humano por meio de um conjunto de ações que acesse estados vivenciais de consciência.

Tem como finalidade facilitar o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação e aprimorar as relações – pessoal, interpessoal, social e ambiental – promovendo a saúde. Amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-emoções-mente.

Recomenda-se a regularidade da prática, pois se constitui em uma variável mediadora dos efeitos e das reações ao longo do tempo. Portanto, com os inúmeros estudos que apontam os efeitos positivos sugere-se que a meditação pode ser eficiente para o crescimento pessoal e no modo de vida do praticante.

A prática da meditação é ótima para a gestante, pois proporciona maior consciência do momento, estimula um maior contato da mãe com a criança em formação e prepara a mãe para um parto mais tranquilo. Favorece o processo fisiológico do trabalho de parto, diminuindo o estresse e a ansiedade, que são fatores relacionados à percepção da dor. No puerpério, amplia os aspectos psicológicos positivos, auxilia o acolhimento na relação mãe-filho, companheiro e o aumento da resiliência. A prática pode ser individual, em grupos pequenos e até mesmo em grandes grupos. Algumas práticas são contraindicadas para gestantes com quadro de psicose ou depressão maior.

Reiki

O Reiki é uma técnica simples e segura, que não apresenta quaisquer efeitos colaterais, de baixo custo e de fácil aplicação. Norteia-se pelos princípios de multidimensionalidade e integralidade do ser humano, tendo por principal objetivo o equilíbrio de suas dimensões física, energética, emocional, mental e espiritual. Sua prática é possível

quaisquer que sejam as circunstâncias e o posicionamento do paciente, sem necessitar nenhum aparato, ambiente ou objetos especiais.

Consiste na canalização da frequência energética por facilitador habilitado, objetivando o equilíbrio físico, mental e emocional do receptor através do toque suave em pontos definidos, por onde a energia Ki é canalizada, desbloqueando e harmonizando o seu fluxo, gerando sensação de bem-estar geral. O método tradicional de Reiki foi redescoberto em Kioto, no Japão no século XIX por Mikao Usui.

O atendimento é realizado em sessões individuais e as principais indicações são: alívio dos sintomas da gestação, auxiliando na saúde mental e física da gestante; alívio dos sintomas físicos e emocionais no trabalho de parto e do puerpério fortalecendo o vínculo mãe bebê.

Quando houver interesse da gestante, pai do bebê, ou outro responsável e disponibilidade em vaga de curso de Reiki oferecido pela GERPIS, estes poderão capacitar-se para realização do autocuidado e cuidado com a família.

As PIS devem ser utilizadas por profissionais habilitados, mas podem ser oportunamente indicadas pelos demais profissionais da rede, quando bem informados, de forma a integralizar o cuidado à saúde.

Alguns dos serviços de PIS podem ser indicados com segurança nos períodos pré-natal, perinatal e puerperal, conforme orientações elencadas neste parecer técnico. As Unidades de Saúde da SES com serviços de PIS e seus respectivos facilitadores podem ser consultadas pelos servidores e pela população em geral no site da SES através do endereço <https://www.saude.df.gov.br/praticas-integrativas-em-saude>

Para maior detalhamento das práticas ver referências bibliográficas desse Protocolo. Algumas outras informações relacionadas voltadas para a população podem ser obtidas no endereço eletrônico <https://www.saude.df.gov.br/praticas-integrativas-em-saude>

p) Atenção psicológica no puerpério

Deve-se dar especial atenção às condições emocionais, psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos. É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa mulher.

É um momento muito esperado por ela, mas, apesar disso, ela pode não se sentir bem. Esse estado depressivo mais brando é conhecido como baby blues ou blues puerperal, ocorre

em 70% a 90% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas – que exigem adaptações –, e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição. Os profissionais da APS devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase.

Existem três tipos de transtornos psiquiátricos pós-parto, o mais comum é a tristeza pós-parto, também conhecido como blues puerperal. Este atinge até 60% das mães e acontece nos primeiros dias que seguem o parto podendo durar até uma ou duas semanas. Os principais sintomas do blues são: mudanças repentinas de humor, perda do apetite e sentimento de solidão.

Além do blues, existem a depressão e a psicose pós-parto. Nesses casos, os sintomas são mais fortes e podem durar mais tempo. Na depressão pós-parto, que atinge 10% das mulheres, os sintomas começam a se apresentar após alguns dias do nascimento e podem durar até meses, são eles: falta de interesse sexual, perda ou ganho de peso excessivo, sentimento de incompetência, baixa autoestima e isolamento social.

O transtorno pós-parto mais grave é a psicose puerperal, que atinge quatro entre 1000 mulheres. Esta é uma doença psiquiátrica grave, onde a mãe apresenta sintomas como: alucinações, insônia, agitação e raiva. Tem relação com o transtorno bipolar e oscila a indiferença com a agressão

As depressões acontecem por causa da queda brusca de hormônios que ocorre quando a placenta é expelida. Com a queda dos hormônios, o organismo tem um aumento da enzima monoamina oxidase no cérebro. Essa enzima quebra os neurotransmissores serotonina, dopamina e noradrenalina, que, além de serem responsáveis por transmitir os sinais entre as células nervosas, também influenciam o nosso humor.

Existem fatores biológicos envolvidos nas alterações psiquiátricas do pós-parto, mas também há fatores psicológicos e sociais importantes. É cada vez maior a frequência de casos de depressão pós-parto em mães que tem conflitos pessoal ou familiar, gravidez não planejada e instabilidade profissional, familiar ou econômica.

O mais importante é a mãe ou os familiares perceberem a alteração e procurarem ajuda. Por meio da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Quadro 10), é possível a realização de uma triagem e classificação dos transtornos psiquiátricos no puerpério. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e auto preenchível, capaz de identificar a intensidade dos sintomas depressivos.

Não existe tratamento preventivo para depressão pós-parto. Não há formas de prevenção, o melhor é admitir o problema e buscar ajuda. Também não é possível afirmar que a depressão ocorra apenas na primeira gravidez, não há uma regra para isso. Mas a tendência

é que com as repetidas gestações, a insegurança gerada pelo desconhecido tenda a desaparecer.

Existe tratamento para qualquer um dos três tipos de transtornos. O tratamento do blues é bem simples, muitas vezes, apenas algumas noites bem dormidas podem resolver o quadro. Há também a possibilidade de frequentar grupos de mulheres que estejam passando pela mesma situação, que juntas se ajudam a superar o problema.

Já a depressão pós-parto sempre precisa ser acompanhada por um profissional. Se não houver resposta ao tratamento psicológico, em uma ou duas semanas, é aconselhável começar o tratamento com antidepressivos. Quanto à escolha do antidepressivo específico, paroxetina e sertralina devem ser considerados em primeiro lugar. Embora algum cuidado exista em relação à fluoxetina, ao citalopram e à venlafaxina, devido às altas concentrações dessas substâncias no leite humano, os médicos devem considerar que, se a mãe foi eficazmente tratada com um desses medicamentos durante a gravidez, geralmente também é aceitável que o tratamento com o mesmo medicamento seja mantido (em vez de mudar para outro antidepressivo), mesmo que a mãe esteja amamentando.

O tratamento nos casos da psicose puerperal, em pacientes gravemente deprimidas, com ideias suicidas e quadros de catatonia (forma de esquizofrenia que se caracteriza pela alternância de humor) pode haver a necessidade de internação.

Quadro 10 - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

Tanto como antes Menos do que antes Muito menos do que antes Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive Menos do que antes Muito menos do que antes

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes Sim, algumas vezes Raramente Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca Quase nunca Sim, por vezes Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes Sim, por vezes Não, raramente Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre Sim, por vezes Raramente Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre Sim, muitas vezes Raramente Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre Sim, muitas vezes Só às vezes Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes Por vezes Muito raramente Nunca

Orientações para cotação

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa : Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

q) Interrupção da gestação fruto de violência sexual

De acordo com o inciso II do artigo 128 do Código Penal Brasileiro (CP), o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou de outra forma de crime contra a dignidade e liberdade sexual. Caso a paciente ou familiar indique que a gestação é fruto de violência sexual, deverá ser informada pelos profissionais que a atenderem, em qualquer nível de atenção, sem procrastinação, sobre o direito ao aborto legal e o local onde buscar a avaliação para interrupção.

Importante ressaltar que a Lei nº 12.015/2009, que dispõe sobre crimes hediondos e inclui nessa categoria os crimes sexuais contra vulnerável, estabelece que realizar conjunção carnal ou praticar qualquer ato libidinoso com ou na presença de um menor de 14 anos é crime sexual contra vulnerável, independente de consentimento, obedecendo a justificativa legal que o vulnerável não possui necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por algum motivo, não pode oferecer resistência.

Ainda, segundo o Código Penal Brasileiro, a vulnerabilidade do menor de 14 anos não admite relativizações, não importando o consentimento da vítima, experiências sexuais pregressas (seja até mesmo em casos de prostituição infantil) ou relacionamento amoroso entre autor e vítima, tendo em vista que são pessoas ainda em desenvolvimento cognitivo, hormonal e psicológico no que se refere à sexualidade.

Dessa forma, é dever da equipe de saúde assistente o registro de violência sexual, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para todos os casos de gestantes menores de 14 anos que realizarem acompanhamento, bem como, a orientação do direito a interrupção da gestação previsto em lei.

No Distrito Federal, o serviço de aborto legal é ofertado pelo Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), localizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), sendo regulamentado pela Resolução nº 1, de 1996, do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que estabelece o HMIB como unidade de referência para a interrupção gestacional prevista em lei. O serviço possui caráter ambulatorial, atende no regime de porta aberta - ou

seja, não é necessária a regulação ou agendamento do atendimento - e não exige o registro de boletim de ocorrência ou nenhum outro tipo de comunicação fora do sistema de saúde para prestar atendimento à vítima de violência sexual que esteja gestante.

Programa de Entrega Voluntária para Adoção

No Brasil, a gestação é vista como sinônimo de maternidade, mas em muitos casos essa correspondência não é válida. Uma pessoa gestante pode ter diversos caminhos que não sejam, necessariamente, os de realizar o pré-natal, parir e maternar. A entrega voluntária do bebê em adoção é uma das possibilidades previstas em lei e um procedimento assistido pela Justiça da Infância e da Juventude.

O vínculo mãe-bebê não é inato, nem biológico. O fato de haver gestação e um parto não torna mulher mãe, nem bebê filho (a). Caso contrário, não haveria parentalidade por adoção. Em todo processo de filiação é preciso que o bebê seja reconhecido como filho. Após um parto, esse processo pode acontecer de imediato ou pode levar algum tempo, ou até mesmo não ocorrer. A entrega voluntária para adoção é uma possibilidade para qualquer gestante que escolha seguir com a gestação, mas não deseje ficar e maternar o bebê, nem mesmo conviver com ele.

Os profissionais de saúde que atendem uma pessoa gestante que deseja entregar o bebê em adoção deverão encaminhar relatório à Vara da Infância e Juventude - VIJ e ao Ministério Público a fim de que a gestante possa ser acompanhada caso expresse o desejo ainda durante gestação ou após o parto.

Acesse a Cartilha Entrega Voluntária para a Adoção nos links a seguir:

[Orientação para Profissionais](#)

[Orientação às Gestantes](#)

8.3 Tratamento Farmacológico

Suplementação Profilática – Vitaminas e minerais

A necessidade de ferro durante a gestação é muito elevada, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva ⁴.

Desse modo, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado.

As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes. O esquema abaixo apresenta as janelas de oportunidades de prevenção e controle da anemia nas mulheres e nas crianças.

A suplementação com ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência de ferro na gestante. Ressalta-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias (ácido fólico 400 mcg) antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia ^{4,17,18}.

O esquema de prescrição e administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico encontra-se a seguir. Ressalta-se que o profissional enfermeiro está habilitado para prescrever esses medicamentos.

Quadro 11 – Administração da Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso.

PÚBLICO	CONDUTA	DOSE	PERIODICIDADE
Gestante	40 mg de ferro elementar	1 comprimido revestido de 40 mg ou Observar a concentração da bula do medicamento sob a forma líquida. A quantidade de gotas pode variar de uma marca para outra. Em caso de dúvida, o farmacêutico deverá ser consultado.	Diariamente até o final da gestação, desde o início do pré-natal independentemente da idade gestacional
Mulheres pós-parto e pós-aborto	40 mg de ferro elementar.	1 comprimido revestido de 40 mg ou Observar a concentração da bula do medicamento sob a forma líquida. A quantidade de gotas pode variar de uma marca para outra. Em caso de dúvida, o farmacêutico deverá ser consultado.	Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto

Fonte: OMS (2001;2012), FEBASGO (2012), GENUT/DIAM/CORIS/SAIS/SES – junho/2020.

Quadro 12- Administração da Suplementação Profilática de Ácido fólico.

PÚBLICO	CONDUTA	NÚMERO DE GOTAS	PERIODICIDADE
Mulheres que planejam engravidar	Ácido fólico em gotas na dosagem de 400mcg	Observar a concentração da bula do medicamento sob a forma líquida. A quantidade de gotas pode variar de uma marca para outra. Em caso de dúvida, o farmacêutico deverá ser consultado.	Pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar
Gestante	Ácido fólico em gotas na dosagem de 400mcg.	Observar a concentração da bula do medicamento sob a forma líquida. A quantidade de gotas pode variar de uma marca para outra. Em caso de dúvida, o farmacêutico deverá ser consultado.	Diariamente até o final da gestação

Fonte: OMS (2001;2012), FEBASGO (2012), GENUT/DIAM/CORIS/SAIS/SES – junho/2020.

8.3.1 Fármaco(s)

No quadro abaixo pode ser consultada a relação de medicamentos padronizados na SES-DF de uso na atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, bem como, seu nível de acesso:

Quadro 13- Fármacos disponíveis na Secretaria de Saúde

CÓDIGO SES	DESCRIPTIVO DO MEDICAMENTO	LOCAL DE ACESSO
90592	SULFATO FERROSO (EQUIVALENTE A 40 MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO REVESTIDO	UBS E USO HOSPITALAR
90593	SULFATO FERROSO SOLUÇÃO ORAL 125 MG/ML CORRESPONDENTE A 25 MG/ML DE FERRO ELEMENTAR FRASCO 30 ML	UBS E USO HOSPITALAR
31271	ÁCIDO FOLICO SOLUÇÃO ORAL 0,2 MG/ML FRASCO 30 ML	UBS
90427	ENOXAPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML	POLICLÍNICA DE PLANALTINA, POLICLÍNICA DE TAGUATINGA, FARMÁCIA AMBULATORIAL DO HBDF, CESMU E USO HOSPITALAR
90611	HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/0,25 ML AMPOLA 0,25 ML	USO HOSPITALAR
90610	HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML	USO HOSPITALAR
607	CABERGOLINA COMPRIMIDO 0,5MG	FARMÁCIA DO COMPONENTE

		ESPECIALIZADO E USO HOSPITALAR
MSE20194	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) SUSPENSÃO INJETÁVEL 150 MG/ML FRASCO-AMPOLA 1 ML	UBS
MSE90018	NORETISTERONA COMPRIMIDO 0,35 MG	UBS
90741	IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (ANTI-D) SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 250 MCG A 300 MCG FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA	USO HOSPITALAR
	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	
	CÁLCIO	

8.3.2 Esquema de Administração

Quadro 14 – Esquema de Administração dos Medicamentos em gestantes

DESCRIPTIVO DO MEDICAMENTO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO
SULFATO FERROSO (EQUIVALENTE A 40 MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO REVESTIDO	Gestante Administrar 1 comprimido revestido de 40 mg Diariamente até o final da gestação, desde o início do pré-natal independentemente da idade gestacional
	Mulheres Pós-parto e Pós-aborto Administrar 1 comprimido revestido de 40 mg Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto
SULFATO FERROSO SOLUÇÃO ORAL 125 MG/ML CORRESPONDENTE A 25 MG/ML DE FERRO ELEMENTAR FRASCO 30 ML	Gestante Administrar 40mg de ferro elementar via oral Diariamente até o final da gestação, desde o início do pré-natal independentemente da idade gestacional
	Mulheres Pós-parto e Pós-aborto Administrar 40mg de ferro elementar via oral Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto
ÁCIDO FOLICO SOLUÇÃO ORAL 0,2 MG/ML FRASCO 30 ML	Sua administração deve ser iniciada pelo menos 30 dias (ácido fólico 400 mcg) antes da data em que se planeja engravidar e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia
ENOXAPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML	Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na atenção primária enquanto aguarda consulta no pré-natal de alto risco: enoxaparina 40 mg subcutânea 1 vez ao dia
HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/0,25 ML AMPOLA 0,25 ML	Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na atenção primária enquanto aguarda consulta no pré-natal de alto risco, caso não tenha enoxaparina 40Mg, administrar heparina não fracionada 5000 UI subcutânea 2 vezes ao dia.
HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML	Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na

	atenção primária enquanto aguarda consulta no pré-natal de alto risco, caso não tenha enoxaparina 40Mg, administrar heparina não fracionada 5000 UI subcutânea 2 vezes ao dia
CABERGOLINA COMPRIMIDO 0,5MG	Administrar Cabergolina 1 mg VO, em dose única (02 comprimidos de 0,5 mg VO) caso seja necessário suprimir a amamentação (HIV, HTLV e pós abortamento)
MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) SUSPENSÃO INJETÁVEL 150 MG/ML FRASCO- AMPOLA 1 ML	O anticoncepcional injetável trimestral deve ser administrado via Intramuscular após 6 semanas do parto.
NORETISTERONA COMPRIMIDO 0,35 MG	O anticoncepcional hormonal, de uso oral de progesterona (minipílula – Noretisterona 0,35 mg) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso pode ser iniciado após 6 semanas do parto. Tomar 1 comprimido ao dia, por via oral, sempre na mesma hora, ininterruptamente.
IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (ANTI-D) SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 250 MCG A 300 MCG FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA	Se Rh negativo e Coombs indireto negativo fazer profilaxia com uma dose da imunoglobulina anti-Rh(D) entre 28 e 34 semanas. Via de administração: Intramuscular. Após o parto, se mãe Rh negativo e RN Rh positivo, fazer a profilaxia com nova dose. Via de administração: Intramuscular.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

DESCRIPTIVO DO MEDICAMENTO	TEMPO DE TRATAMENTO
SULFATO FERROSO (EQUIVALENTE A 40 MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO REVESTIDO	Gestante Diariamente até o final da gestação, desde o início do pré-natal independentemente da idade gestacional
	Mulheres Pós-parto e Pós-aborto Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto
SULFATO FERROSO SOLUÇÃO ORAL 125 MG/ML CORRESPONDENTE A 25 MG/ML DE FERRO ELEMENTAR FRASCO 30 ML	Gestante Diariamente até o final da gestação, desde o início do pré-natal independentemente da idade gestacional
	Mulheres Pós-parto e Pós-aborto Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto
ÁCIDO FOLICO SOLUÇÃO ORAL 0,2 MG/ML FRASCO 30 ML	Sua administração deve ser iniciada pelo menos 30 dias (antes da data em que se planeja engravidar) e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia (400 mcg)
ENOXAPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML	Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na atenção primária enquanto aguarda consulta no pré-natal de alto risco.
HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/0,25 ML AMPOLA 0,25 ML	Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na atenção primária enquanto aguarda consulta no pré-natal de alto risco, caso não tenha enoxaparina 40Mg, administrar heparina não fracionada.
HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/ML FRASCO- AMPOLA 5 ML	Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na atenção primária enquanto aguarda consulta no pré-natal de

	alto risco, caso não tenha enoxaparina 40Mg, administrar heparina não fracionada.
CABERGOLINA COMPRIMIDO 0,5MG	Administrar Cabergolina 1 mg VO, em dose única (02 comprimidos de 0,5 mg VO) caso seja necessário suprimir a amamentação (HIV, HTLV e pós abortamento)
MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) SUSPENSÃO INJETÁVEL 150 MG/ML FRASCO-AMPOLA 1 ML	O anticoncepcional injetável trimestral deve ser administrado via Intramuscular após 6 semanas do parto.
NORETISTERONA COMPRIMIDO 0,35 MG	O anticoncepcional hormonal, de uso oral de progesterona (minipílula – Noretisterona 0,35 mg) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso pode ser iniciado após 6 semanas do parto.
IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (ANTI-D) SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 250 MCG A 300 MCG FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA	Se Rh negativo e Coombs indireto negativo fazer profilaxia com uma dose da imunoglobulina anti-Rh(D) entre 28 e 34 semanas. Via de administração: Intramuscular. Após o parto, se mãe Rh negativo e RN Rh positivo, fazer a profilaxia com nova dose. Via de administração: Intramuscular.

• Benefícios Esperados

Espera-se uniformizar e qualificar as ações do processo de trabalho das equipes que prestam assistência à saúde da mulher durante a gestação e puerpério na perspectiva de formação de uma rede de saúde com resolubilidade e qualidade. Além disso, objetiva-se a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil com a redução de mortes evitáveis ou *near miss* (evento adverso onde uma mulher quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante a gravidez, o parto ou até 42 dias após o término da gestação).

• Monitorização

As UBS deverão realizar a monitorização da assistência ao pré-natal por meio de:

- Identificação das gestantes e captação precoce para início do pré-natal (até 12 semanas de gestação);
- Identificação das gestantes faltosas detectadas nas agendas de pré-natal de cada profissional que presta esse cuidado;
- Serviço de busca ativa das gestantes realizadas pelos ACS, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros ou Médicos de acordo com a disponibilidade de cada UBS;
- Referenciamento das gestantes de alto risco sem perda do vínculo com a sua UBS a partir do acompanhamento conjunto;
- Realização de visita ao serviço de saúde indicado para o parto de referência (maternidade ou centro de parto normal);

- Acompanhamento do tratamento de comorbidades apresentadas (Diabetes, HAS, Infecções, Obesidade, entre outras).
- Encerramento do PN no ESUS, com CID e registro de data do parto no campo de data e texto.

- **Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica.

- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica.

- **Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

A avaliação da qualidade da atenção à saúde da mulher durante o pré-natal deve ocorrer por meio do acompanhamento e avaliação dos seguintes indicadores:

- Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal;
- Proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (até 12ª semana de gestação);
- Proporção de gestantes que realizaram visita ao serviço de saúde de referência indicado para o parto (maternidade ou centro de parto normal);
- Número de casos de sífilis congênita em filhos de gestantes acompanhadas nas UBS;
- Número absoluto de casos de morte materna na Superintendência de Saúde;
- Número absoluto de casos de mortes fetais e infantis na Superintendência de Saúde.
- Realização de consulta de puerpério até o 7º dia pós-parto.
- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- Número de casos de transmissão vertical de hepatites B ou C em filhos de gestantes acompanhadas nas UBS.

- **Referências Bibliográficas**

1 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

2 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016.
- 5 – FEBRASGO POSITION STATEMENT. Orientações sobre como monitorar O ganho de peso gestacional durante o pré-natal. Revista Femina, Número 2 – Fevereiro 2023
- 6 – DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria Nº 1321, de 14 de dezembro de 2018. **Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha**. Brasília, Dezembro, 2018.
- 7 – DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Documento técnico: práticas integrativas em saúde na Rede Cegonha**. Brasília, Julho 2012.
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.127 p.
- 9 – BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8080, 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 SUS. Diário Oficial da União, 2005.
- 10 – DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 355, de 29 de dezembro de 2016**. Normatiza os exames da gestante no pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF).
- 11 – BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211p. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf
- 12 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Fluxogramas da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto/ Ministério para prevenção da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.38 p. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-nas-instituicoes-que-realizam-parto/@@download/file>
- 13 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 14 – BRASIL. **Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011**. Dispõe sobre os planos de ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 2011.
- 15 – BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2ª edição revista, ampliada e atualizada. Rio de Janeiro, 2016.

- 16 – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASCO). **Recomendação sobre a suplementação periconcepcional de ácido fólico na prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural.** FEBRASGO: 2012.
- 17 – WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women.** Geneva: WHO, 2012.
- 18 – DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 287, de 02 de dezembro de 2016. **Protocolo de Detecção Precoce do Câncer de Mama.** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2016.
- 19 – DISTRITO FEDERAL. Protocolo de Atenção à Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher: **Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Primária à Saúde.** Portaria SES-DF Nº 422 de 23 de outubro de 2023, publicada no DODF Nº 199 de 24 de outubro de 2023.
- 20 – Nota Técnica SEI-GDF n.º 10/2023 SES/SAIS/COASIS/DASIS de 06 de julho de 2023 – **Crítérios de regulação para a realização de Consultas em Obstetrícia na rede pública de saúde do DF.**
- 21 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 22 – MIRANDA, Caio. **Laya-Yoga para superar a angústia, a insônia, as depressões, a superexcitação.** Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1979.
- 23 – BABBAR, Shilpa; PARKS-SAVAGE, Agatha; CHAUHAN, Suneet. **Yoga during Pregnancy: A Review.** American Journal of Perinatology, volume 29, March 2012, pages 459-64. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/221685773_Yoga_during_Pregnancy_A_Review#:~:text=In%20addition%2C%20yoga%20can%20be,more%20effective%20intervention%20during%20pregnancy Acesso em 22 de julho de 2020.
- 24 – FIELD, Tiffany. **Yoga clinical research review.** Complementary Therapies in Clinical Practice Volume 17, Issue 1, February 2011, Pages 1-8. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388110000794?via%3Dihub>. Acesso em: 23 de julho de 2020.
- 25 – SHAMANTHAKAMANI NAREDRAN et al. **Efficacy of Yoga on Pregnancy Outcome.** The journal of alternative and complementary medicine, Volume 11, Number 2, 2005, pp. 237–244. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/acf4/7ccdcb919b51e0ecb5b93d6cad5cc211e4da.pdf> Acesso em 28 de julho 2020.
- 26 – SIEGEL, Pamela. **Yoga e saúde: o desafio da introdução de uma prática não convencional no SUS.** Campinas, SP : [s.n.], 2010.
- 27 – FIELD, T. **Massage therapy research review.** Complementary Therapies in Clinical Practice, v. 20, n. 4, p. 224–229, nov. 2014.
- 28 – FREIRE, M. **Automassagem e medicina chinesa.** Brasília: ed. Do autor, 1996.

- 29 – AGARWAL, K. N. et al. **Effects of massage & use of oil on growth, blood flow & sleep pattern in infants.** The Indian Journal of Medical Research, v. 112, p. 212–217, dez. 2000.
- 30 – CIGALES, M. et al. **Massage enhances recovery from habituation in normal infants.** Infant Behavior and Development, 20, 29-34, 1997.
- 31 – CULLEN, C. et al. **As interações pai-bebê são aprimoradas pela massagem terapêutica.** Desenvolvimento e Cuidado da Primeira Infância , 164, 41-47, 2000
- 32 – CRUZ CMV, CAROMANO FA. **Levantamento de conteúdos para fundamentação do ensino dos efeitos psicocomportamentais da massagem para bebês.** Acta Fisiátr. 2007;14(1):11-16
- 33 – DARMSTADT, G. L. et al. **Effect of topical treatment with skin barrier-enhancing emollients on nosocomial infections in preterm infants in Bangladesh: a randomised controlled trial.** Lancet (London, England), v. 365, n. 9464, p. 1039–1045, 19 mar. 2005.
- 34 – GÜROL A, POLAT S. **The Effects of Baby Massage on Attachment between Mother and their Infants.** Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2012 Mar;6(1):35-41. doi: 10.1016/j.anr.2012.02.006. Epub 2012 Mar 10. PubMed PMID: 25030689.
- 35 – LEBOYER, Frédérick. **Shantala – Massagem para Bebês, uma Arte Tradicional.** São Paulo: Ground, 1995.
- 36 – LI, X.; ZHONG, Q.; TANG, L. **A Meta-Analysis of the Efficacy and Safety of Using Oil Massage to Promote Infant Growth.** Journal of Pediatric Nursing, v. 31, n. 5, p. e313-322, out. 2016.
- 37 – O'HIGGINS M.; ST JAMES ROBERTS I, GLOVER V. **Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage.** J Affect Disord. 2008 Jul;109(1-2):189-92. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.027. Epub 2007 Dec 20. PubMed PMID: 18086500.
- 38 – PORRECA, et al. **Infant Massage and Quality of Early Mother-Infant Interactions: Are There Associations with Maternal Psychological Wellbeing, Marital Quality, and Social Support?.** Front Psychol. 2016;7:2049. doi: 10.3389/fpsyg.2016.02049. eCollection 2016. PubMed PMID: 28144222; PubMed Central PMCID: PMC5239787.
- 39 – SOLANKI, K. et al. **Transcutaneous absorption of topically massaged oil in neonates.** Indian Pediatrics, v. 42, n. 10, p. 998–1005, out. 2005.
- 40 – TURNER, R.; NANAYAKKARA, S. **A arte calmante da massagem em bebês.** São Paulo: Marco Zero, 1997.
- 41 – VICENTE, S.; VERÍSSIMO, M.; DINIZ, E. **Infant massage improves attitudes toward childbearing, maternal satisfaction and pleasure in parenting.** Infant Behav Dev;49: 114-119, 2011
- 42 – HOLANDA, Viviane Rolim de. **A contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das Inquietações das gestantes / 140 p.:** il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFPB/CCS – João Pessoa, 2006.
- 43 – AMARAL, M. (2018). **Soluções inovadoras para a promoção de saúde mental de adolescentes na Atenção Primária.** Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 66-72, jan/mar 2018.

- 44 – AMARAL, M. (2015). **TRE na atenção básica de saúde: Promovendo saúde mental num programa de atenção à saúde de adolescentes.** In D. Berceli (Ed.), *Shake it off Naturally* (pp. 205-218). Charleston: Create Space.
- 45 – BERCELI, D. (2005). **Trauma releasing exercises: A revolutionary new method for stress/trauma recovery.** Charleston, SC: BookSurge LCC.
- 46 – BERCELI, D. (2009). **Evaluating the effects of stress reduction exercises employing mild tremors: a pilot study.** Tese de mestrado não publicada.
- 47 – KEENEY, Bradford. **Shaking Medicine: The healing power of ecstatic movement.** Destiny Books. Rochester, Vermont, 2007.
- 48 – DIMIDJIAN, S. et al. **Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2), 134–145, 2016.
- 49 – DUNCAN, L. G., et al. **Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1):140, 2017.
- 50 – EPEL, E., et al. Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Distress, Weight Gain, and Glucose Control for Pregnant Low-Income Women: A Quasi-Experimental Trial Using the ORBIT Model. *Int J Behav Med*, Oct;26(5):461-473, 2019.
- 51 – GOODMAN, J. H., et al. **Calm Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety.** *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387, 2014.
- 52 – PRICE C;Kantrowitz-Gordon I; Calhoun R. A pilot feasibility study of mindfulness childbirth education for women with a history of sexual trauma. **Complement Ther Clin Pract**, Nov;37:102-108, 2019.
- 53 – SHI, Z., & MacBeth, A. **The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes: a Systematic Review.** *Mindfulness*, 8(4), 823–847, 2017.
- 54 – WAN-LIN P; Chiung-Wen C; Shin-Ming C; Meei-Ling G. **Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial.** *BMC Pregnancy Childbirth*, Oct 10;19(1):346, 2019.
- 55 – WARRINER, S., Crane, C., Dymond, M., & Krusche, A. **An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS).** *Midwifery*, 64, 1–10, 2018.
- 56 – PETER, Frank Arjava. **Isto é Reiki: das origens tradicionais japonesas ao uso prático: cura para o corpo, a mente e o espírito.-** São Paulo: Pensamento, 2013.
- 57 – COX JL; HOLDEN JM; SAGOVSKY R. Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression. **British Journal Of Psychiatry** (1987),150, 782-786.
- 58 – AUGUSTO A; KUMAR R; CALHEIROS JM; MATOS E; FIGUEIREDO E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. **Psychol Med**, 26 (1):135-41; 1996 Jan

