



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido

**Área(s):** Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, do Homem e da Criança da Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida, da Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária da Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Portaria SES-DF Nº 342 de 28.06.2017 , publicada no DODF Nº 124 de 30.06.2017 .

## 1. Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1. Bases de dados consultadas

As áreas técnicas da saúde da mulher, do homem e da criança, considerando a necessidade de normatização e padronização de condutas no que se refere ao acompanhamento da mulher e de seu parceiro/a durante o pré-natal, puerpério e o cuidado ao recém-nascido (RN) elaboraram este protocolo embasado nos seguintes documentos norteadores:

- Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), Ministério da Saúde;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Ministério da Saúde;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015), Ministério da Saúde;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009), Ministério da Saúde;
- Política Distrital de Saúde do Homem (25/11/2013);

- Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha e Portaria GM/MS nº 2.351, de 5 de outubro de 2011, altera a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011;
- Política Distrital
- Cadernos de Atenção Básica nº 32 - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde (2012);
- Cadernos de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (2012);
- Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal (2012).
- Lei Federal nº 11.108/05 - Direito de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

## **1.2. Palavra(s) chaves(s)**

Atenção Primária à Saúde, Gestantes, Paternidade Responsável, Puerpério e Recém-nascido.

## **1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Para seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos 10 anos. Dessa forma, foram utilizados os seguintes documentos: artigos, publicações do Ministério da Saúde, publicações da SES-DF, publicações de outras Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e livros.

## **2. Introdução**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é vista hoje em todo o mundo como a estratégia mais efetiva para porta de entrada de usuários na rede e na universalização do acesso à saúde, cujos objetivos são a integralidade, a centralização na família, a coordenação e continuidade do cuidado (longitudinalidade), a orientação comunitária e a consequente resolubilidade desejada em face dos principais problemas apresentados pela população.

Nesse sentido, a gestação encontra-se entre os primeiros motivos de consulta na APS. Caracteriza-se por um período de grandes transformações e que requer adaptação à chegada do novo membro da família, constituindo-se assim em um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão do parceiro/a, desde que esse seja o desejo da mulher, nas atividades de assistência à saúde da mulher.

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

Dessa forma, as rotinas estabelecidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem respeitar sua territorialização, o que inclui normas sobre procedimento de busca ativa (a respeito da captação precoce da mulher para início do pré-natal 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 do parceiro/a (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 adequado e encaminhamentos com garantia de manutenção do acompanhamento pela APS.

Assim, a atenção ao pré-natal, ao puerpério e ao RN 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<sup>17</sup>. Acompanhar, orientar, educar, promover ao parceiro/a à 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 pré-natal e do puerpério<sup>20</sup>.

Portanto, 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.

### **3. 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 e da criança RN 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 dos homens 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.

#### **4. 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

## **5. Diagnóstico Clínico ou Situacional**

Para uma assistência pré-natal e de puerpério de qualidade é necessário garantir a essas mulheres e seus parceiros/as um amplo acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, faz-se necessário o diagnóstico precoce da gestação com o seu imediato acompanhamento pelas equipes de saúde.

### **Quando pensar em gravidez?**

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 10ª 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 menstruais, vesícula vitelina e atividade cardíaca como primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais).

### **O que fazer na suspeita de gravidez?**

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 ou com o enfermeiro da equipe de saúde. Os profissionais devem promover o quanto antes o 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 e Sífilis, posto que houve relação sexual desprotegida.

## **6. Critérios de Inclusão**

Mulheres com suspeitas de gravidez e/ou grávidas e/ou puérperas, além de crianças recém-nascidas.

## **7. Critérios de Exclusão**

Não serão contempladas nesse Protocolo mulheres e crianças que não se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos anteriormente.

## **8. Conduta**

### **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.

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 e na UBS seja uma janela de oportunidade para sua inserção no sistema de saúde.

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.

Quando existir a figura de um parceiro e/ou acompanhante é um momento oportuno para sensibilizar e envolver o parceiro/a em sua participação presente e futura como tal. Deve-se valorizar a capacidade do parceiro/a, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.

No caso em que a gestante não queira que o parceiro/a participe, questione quais as razões e se gostaria que outra pessoa a acompanhasse. Explique quais os benefícios de ter um/a acompanhante nestes momentos. Caso a mulher decidir por não ter o futuro pai como acompanhante, respeitar a sua decisão.

### **Acompanhamento do Pré-natal**

Todas as UBS devem estar preparadas para acolher a mulher e seu parceiro/a, caso esse seja o desejo da mulher, com suspeita de gravidez e/ou gestante e/ou puérpera **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 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 da Caderneta da Gestante e a prática de ações educativas e integrativas em saúde, sejam estas individuais ou coletivas.

As consultas de pré-natal devem ser realizadas por médicos e enfermeiros de maneira intercalada. Deve-se reservar 30 minutos por gestante para essa consulta, tendo em vista a complexidade desta assistência; no entanto, quando o atendimento ocorrer em tempo inferior ao estabelecido, o profissional estará disponível para os atendimentos referenciados pelo acolhimento.

Dessa forma, recomenda-se a realização mínima de sete 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. É importante frisar que não há, em nenhuma hipótese, alta do pré-natal.

### **Estímulo à Paternidade Responsável**

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; se a gestante quiser ir com o pai, converse com ela sobre como convidar, sobre os benefícios desse envolvimento e sobre o que teriam que considerar para

a sua participação (horário do pedido de autorização para sair do trabalho etc.); se o futuro pai/acompanhante não pode acompanhá-la nas consultas por razões como viagens, trabalho, prisão, etc., oriente a mãe a transmitir a ele todas as informações para que se sinta estimulado a se envolver no processo.

A participação do (a) parceiro (a) 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.

Baseado nisso, as Políticas Nacional e Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009; e Resolução SES-DF nº 420, de 03 de dezembro de 2013, respectivamente) tem como um dos seus objetivos a proposição de ações estratégicas que fortaleçam e que efetive a participação dos pais em todas as etapas da gravidez e do desenvolvimento da criança.

Dessa forma, recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam pré-natal na rede SES-DF busquem acolher o (a) parceiro (a) da mulher, desde o diagnóstico da gravidez, e o 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 os pais/parceiros (as) desde o teste de gravidez, permitindo que ele se identifique com a proposta de cuidar e começar a criar vínculos com seu futuro filho/a;
- Explicar para a gestante e o futuro pai os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, incluindo as consultas de pré-natal e o momento do parto (Lei do Acompanhante);
- Após o parto, valorizar o pai em ações simples, como incentivando que ele corte o cordão umbilical e dê o primeiro banho e incluindo seu nome na placa de identificação dos recém-nascidos;
- Informar como será a participação do homem nessas etapas;
- Realizar exames de rotina e testes rápidos;
- Atualizar o cartão vacinal do companheiro da gestante;
- Desenvolver temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal;
- Apresentar ao parceiro os textos disponíveis na Caderneta da Gestante;
- Estimular que o pai compareça aos serviços de saúde para consultas médicas e vacinação;



- Caso o bebê seja prematuro, convidar o pai a também realizar o “**método canguru**”;
- Incentivar a participação efetiva do homem no momento do parto, puerpério e cuidado ao RN;
- 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.

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

Nesse momento, aproveita-se para solicitar para o(a) parceiro(a) 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.

### **Testes Rápidos**

Confirmada a gravidez (por teste rápido), conforme Linha de Cuidado do Pré-natal da Rede Cegonha, deve ser ofertado a realização dos testes rápidos para sífilis e HIV, além de solicitados os exames de triagem da gestante em amostra de soro ou sangue, exames imunopatológicos e outros de análises clínicas.

Os testes rápidos para sífilis e para HIV 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 coleta do material pode ser realizada por técnico de enfermagem, técnico de laboratório, enfermeiro ou médico.

### **Exames de 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 mesmo dia do atendimento da gestante na UBS pelo técnico de enfermagem, pelo técnico de laboratório, pelo enfermeiro ou pelo médico.

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.

### **Caderneta da Gestante**

O preenchimento da Caderneta 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 ou médico, devem ser anotados os dados da história obstétrica, antecedentes pessoais, antecedentes familiares e exames realizados. A Caderneta da Gestante deve ser preenchida a cada consulta e/ou procedimento. É responsabilidade do profissional assistente (médico e enfermeiro) 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, procedimento que deverá ser realizado pelo técnico de enfermagem ou outro profissional habilitado.

É importante informar à mulher que a Caderneta 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.

A Caderneta constitui-se também em um instrumento de informação, esclarecimento de dúvidas e empoderamento das mulheres acerca de seus direitos durante o pré-natal, parto e puerpério, desse modo, deve ser utilizado também durante as reuniões educativas.

### **Exame Físico**

São indispensáveis a realização dos seguintes procedimentos durante a primeira consulta de pré natal: inspeção da pele e das mucosas; verificação dos sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura); palpação da tireóide, 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; ausculta dos batimentos cardíacos; registro dos movimentos fetais; teste

de estímulo sonoro simplificado (Tess); 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/INCA e respeitando o intervalo entre as coletas de material). Nas consultas subsequentes, manter avaliação da gestação e de queixas específicas de cada fase.

### **Ecografia obstétrica**

O exame de ecografia obstétrica tem valor indiscutível na presença de suspeitas clínicas e intercorrências. Considera-se ainda que, realizado no primeiro trimestre, detecta precocemente gestações múltiplas e reduz a taxa de indução do parto nas gestações múltiplas e nas gestações pós-termo; no entanto, não reduz mortalidade perinatal.

Nesse sentido, recomenda-se, no âmbito da APS da SES-DF, a solicitação - pelo médico e/ou enfermeiro - de pelo menos uma ecografia obstétrica durante o pré-natal, preferencialmente no 1º trimestre (até 12 semanas de gestação).

### **Vacinas na Gestação**

A vacinação durante a gestação não objetiva somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Dessa forma, recomenda-se que as mulheres gestantes estejam com seu calendário vacinal atualizado com as seguintes vacinas: dT (Dupla Adulto – Difteria e Tétano); dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular]); Influenza e Hepatite B.

Baseado nisso, a gestante deverá iniciar ou complementar seu esquema vacinal de acordo com a situação encontrada, a saber:

#### **Vacina dT (Difteria e Tétano) e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular])**

- a) Gestante sem nenhuma dose registrada da dT: iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;
- b) Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses) em qualquer período gestacional: deve-se completar o esquema de 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias entre elas, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;
- c) Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há menos de 5 anos: deverá receber 1 dose da dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

- d) Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos: deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;
- e) Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos: deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação.

**Deve ser administrada 1 dose da vacina dTpa para cada gestação, devido os anticorpos serem de curta duração. Gestantes que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde podem receber a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação.**

#### **Vacina contra Influenza**

- a) É recomendada em todas as gestantes, em qualquer período gestacional, durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

#### **Vacinação contra Hepatite B**

- a) As gestantes não vacinadas, independente da faixa etária e idade gestacional devem receber 3 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses. Aquelas que apresentam esquema vacinal incompleto devem apenas completar o esquema já iniciado.

### **CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – DISTRITO FEDERAL 2017**

#### **Gestante e Puérperas - dTpa<sup>14</sup> Hepatite B<sup>2</sup>**

**Vacina Hepatite B (recombinante):** As gestantes não vacinadas, independentemente da faixa etária e idade gestacional, devem receber três doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses. Aquelas que apresentam esquema vacinal incompleto devem apenas completar o esquema já iniciado.

**Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche tipo adulto (dTpa):** Administrar uma dose da vacina a partir da vigésima (20ª) semana de gestação, preferencialmente, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. As mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério (até 45 dias após o parto). Deve ser administrada a cada gestação, considerando que os anticorpos têm curta duração, portanto, a vacinação durante a gravidez não manterá alto nível de anticorpos protetores em gestações subsequentes.

#### **8.1.2 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico**

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.

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<sup>7</sup>.

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.

**Quadro 1 – Estratégias de Prevenção e Controle da Anemia.**

<b>GESTAÇÃO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suplementação profilática com ferro e ácido fólico;</li> <li>2. Ingestão de alimentos que contenham farinhas enriquecidas com ferro e ácido fólico;</li> <li>3. Alimentação adequada e saudável com ingestão de ferro de alta biodisponibilidade.</li> </ol>
<b>PARTO E NASCIMENTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clampeamento oportuno do cordão umbilical;</li> <li>2. Amamentação na primeira hora de vida.</li> </ol>
<b>PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida;</li> <li>2. Suplementação profilática de ferro para crianças prematuras e que nasceram com baixo peso.</li> </ol>
<b>A PARTIR DOS SEIS MESES ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE DA CRIANÇA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alimentação complementar saudável e adequada em frequência, quantidade e biodisponibilidade de ferro;</li> <li>2. Suplementação de ferro profilática;</li> <li>3. Fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó.</li> </ol>

**FONTE:** BRASIL(2013).

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<sup>27</sup>. Ressalta-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias (ácido fólico 400 mcg 40 gotas) 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<sup>17,27</sup>.

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 2 – Administração da Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso.**

<b>PÚBLICO</b>	<b>CONDUTA</b>	<b>NÚMERO DE GOTAS</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Gestante	40 mg de ferro elementar 400 mcg de ácido fólico	1drágea ou 32 gotas do Masferol® ou 40 gotas de Furp®	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 drágea ou 32 gotas do Masferol® ou 40 gotas de Furp®	Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto
----------------------------------	---------------------------	--	--

**Quadro 3- 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	60 gotas de Afolic®	Pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar
Gestante	Ácido fólico em gotas na dosagem de 400mcg.	60 do Afolic®	Diariamente até o final da gestação

Fonte:OMS (2001;2012), FEBASGO (2012), GENUT/DIAM/CORIS/SAIS/SES- maio de 2016

**Gestante com exantema**

Para seguimento da mulher gestante com suspeita de doença exantemática é importante a investigação, durante as consultas, sobre a ocorrência de: febre, exantema, linfadenopatias, cefaleia, dor retro ocular, mialgia, petéquias, leucopenia, vômitos.

Levar em consideração os seguintes diagnósticos diferenciais.

**Quadro 4 –Diagnóstico diferencial de doença exantemática na gestação**

PRIMEIRA LINHA	SEGUNDA LINHA
Vírus Zika	Enterovírus - Não pólio
Rubéola (Vírus RNA)	ECHO vírus – (16,9,4 e 6)
Exantema Infeccioso (Citomegalovírus)	Coxsackievirose (A9,A16, A2, B4 e B5)
Eritema Infeccioso (Parvovírus humano B19)	Febre tifoide e paratifoide – Roséola tífica ( <i>Salmonella typhi</i> )
Mononucleose Infecciosa (Vírus Epstein Barr)	Leptospirose (Bactéria <i>Leptospira</i> )
Toxoplasmose (Toxoplasma Gondi – Protozoário)	Escarlatina (bactéria <i>Streptococcus pyogenes</i> )
Dengue (Vírus DEN1,DEN2,DEN3 e DEN4)	Exantema vesículo-pustuloso – Varicela, Herpes Simples e Herpes Zoster
Vírus Chicungunya	Exantema Súbito – Herpes Vírus Humano do tipo 6 (crianças < de 5 anos)
Sarampo (Vírus RNA)	

Fonte: Vigilância do Vírus Zika no âmbito das Doenças Exantemáticas e as Doenças de Transmissão Vertical.GECAMP/DIVEP/SVS/SES-DF: novembro de 2016.

Para o Zika vírus recomenda-se a consulta ao documento “Orientações gerais para o enfrentamento das condições de saúde possivelmente associadas à infecção pelo Vírus Zika” disponível no site da Secretaria de Saúde do DF ([www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)).

**Roteiros para as Consultas de Pré-natal (Médico e Enfermeiro)**

### **Primeiro Trimestre da Gestação (≤ 14 semanas)**

- Confirmar a idade gestacional e estabelecer (IG) a data provável do parto (DPP).
- Auscultar os batimentos cardíofetais e registrar em que semana de gestação isso aconteceu.
- Verificar se não se trata de uma gravidez tópica ou ectópica, única ou múltipla (gemelar).
- Realizar os testes rápidos para sífilis e HIV na entrada da mulher no pré-natal.
- Coletar os exames de triagem da gestante em amostra de sangue ou soro, os de análises clínicas convencionais e os de análises imunoematológicas na entrada da mulher no pré-natal.
- Registrar os resultados dos exames (testes rápidos, triagem da gestante em papel filtro, análises clínicas convencionais e análises imunoematológicas) no prontuário e na Caderneta da Gestante, além, de informar os resultados para a paciente.
- Iniciar a suplementação profilática com ferro e ácido fólico na entrada da mulher no pré-natal.
- Verificar se a situação vacinal da gestante está adequada (dT, dTpa, Hepatite B e Influenza).
- Avaliar se a gestante tem algum processo patológico já instalado que necessite de avaliação do pré-natal de alto risco.
- Verificar se a gestante tem alguma condição de vulnerabilidade que demande alguma ação complementar do serviço de saúde.
- Analisar se a gestante faz uso de algum medicamento, tabaco, bebida alcoólica ou droga ilícita.
- Verificar se a gestante iniciou o pré-natal com peso acima ou abaixo da normalidade.
- Avaliar se os sintomas físicos e psíquicos adaptativos da gestante estão controlados e orientados.
- Abordar com a gestante a amamentação como processo fisiológico e natural, mas que precisa ser aprendido; os benefícios para mãe e filho advindos do aleitamento materno exclusivo.
- Orientar a gestante sobre o seu hospital de referência para intercorrências e para o parto.
- Verificar se a gestante está sendo acompanhada mensalmente pelo ACS por meio de visita domiciliar, caso seja área coberta pela Estratégia de Saúde da Família.
- Orientar sobre a necessidade de a mulher estar com sua Caderneta da Gestante em todos os atendimentos.

- Analisar se todos os dados foram devidamente registrados na Caderneta da Gestante.
- Convidar o (a) parceiro (a) da gestante para participar das consultas e reuniões educativas no pré-natal, em acordo com a mulher.
- Oferecer escuta para queixas e dúvidas da gestante/família.

### **Segundo Trimestre da Gestação (15 a 28 semanas)**

- Verificar se todos os pontos do *Check list* do trimestre anterior foram completados.
- Analisar se existe alguma pendência de procedimentos solicitados na consulta anterior.
- Continuar com a suplementação com ferro e ácido fólico.
- Coletar a colpocitologia oncológica (CCO) **se indicada**, conforme orientações normatizadas pela SES-DF/INCA.
- Realizar o segundo teste rápido para sífilis.
- Coletar os exames de triagem da gestante em amostra de sangue ou soro (nas gestantes susceptíveis para Toxoplasmose e Citomegalovírus), os de análises clínicas convencionais e os de análises imunoematológicas na entrada da mulher no pré-natal (Consultar Fluxograma).
- Registrar os resultados dos exames (testes rápidos, triagem da gestante em papel filtro, análises clínicas convencionais e análises imunoematológicas) no prontuário e na Caderneta da Gestante, além, de informar os resultados para a paciente.
- Solicitar ecografia.
- Verificar se a gestante possui queixa de corrimento vaginal, sintoma de infecção urinária ou algum problema dentário.
- Encaminhar a gestante para avaliação odontológica, se disponível.
- Analisar o ganho de peso durante a gestação. Lembre-se, o ganho de mais de 1 kg por semana pode sugerir início de distúrbio hipertensivo.
- Verificar e analisar como está a pressão arterial.
- Auscultar os batimentos cardíofetais e registrar em que semana de gestação isso aconteceu.
- Verificar se o crescimento uterino, medido pela altura de fundo uterino (AFU), está correspondente a idade gestacional.
- Viabilizar a realização da visita de vinculação obstétrica da gestante ao seu hospital de referência.



- Abordar com a gestante a amamentação como processo fisiológico e natural, mas que precisa ser aprendido; os benefícios para mãe e filho advindos do aleitamento materno exclusivo.
- Verificar se a gestante está sendo acompanhada mensalmente pelo ACS por meio de visita domiciliar, caso seja área coberta pela Estratégia de Saúde da Família.
- Analisar se todos os dados foram devidamente registrados na Caderneta da Gestante.
- Convidar o(a) parceiro(a) da gestante para participar das consultas e reuniões educativas no pré-natal, em acordo com a mulher.
- Oferecer escuta para queixas e dúvidas da gestante/família.

### **Terceiro Trimestre da Gestação (≥ 29 semanas)**

- Verificar se todos os pontos do *Check list* do trimestre anterior foram completados.
- Analisar se existe alguma pendência de procedimentos solicitados na consulta anterior.
- Continuar com a suplementação com ferro e ácido fólico.
- Verificar se a gestante tem queixa de corrimento vaginal (fazer abordagem sindrômica) ou algum sintoma de infecção urinária. Observação: tratar caso diagnosticado.
- Verificar se a gestante foi avaliada pelo odontólogo, se disponível.
- Analisar o ganho de peso durante a gestação. Lembre-se, o ganho de mais de 1 kg por semana pode sugerir início de distúrbio hipertensivo.
- Verificar e analisar como está a pressão arterial.
- Realizar avaliação do crescimento fetal a partir da ecografia.
- Realizar os testes rápidos do terceiro trimestre para sífilis e HIV na gestante.
- Coletar os exames de triagem da gestante em amostra de sangue ou soro (nas gestantes susceptíveis para Toxoplasmose e Citomegalovírus), os de análises clínicas convencionais e os de análises imunoematológicas na entrada da mulher no pré-natal (Consultar Fluxograma).
- Registrar os resultados dos exames (testes rápidos, triagem da gestante em papel filtro, análises clínicas convencionais e análises imunoematológicas) no prontuário e na Caderneta da Gestante, além, de informar os resultados para a paciente.
- Orientar a gestante que a partir de 36 semanas são comuns as contrações uterinas sem que seja trabalho de parto.

- Orientar para 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.
  - Orientar a gestante quanto ao retorno semanal na UBS para as consultas de pré-natal entre a 36ª e 41ª semana de idade gestacional.
  - Orientar a gestante sobre a consulta conjunta da puérpera e do recém-nascido em até 10 dias de pós-parto (de preferência, em até 7 dias após o parto) na UBS.
  - Abordar com a gestante sobre as triagens no recém-nascido que deverão ser realizadas antes da alta hospitalar (Triagem Neonatal Biológica – “Teste do Pezinho”; Teste do Reflexo Vermelho – “Teste do Olhinho”; Oximetria de Pulso – “Teste do Coraçõzinho”; e Triagem Auditiva Neonatal – “Teste da Orelhinha”). Essas questões devem ser reforçadas durante a internação na maternidade.
  - Abordar com a gestante a amamentação como processo fisiológico e natural, mas que precisa ser aprendido; os benefícios para mãe e filho advindos do aleitamento materno exclusivo.
  - Informar sobre a possibilidade de doação de leite materno **após o parto** para os Bancos de Leite Humano (BLH) ou Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH).
  - Verificar se a gestante está sendo acompanhada mensalmente pelo ACS por meio de visita domiciliar, caso seja área coberta pela Estratégia de Saúde da Família.
  - Analisar se todos os dados foram devidamente registrados na Caderneta da Gestante.
  - Convidar o(a) parceiro(a) da gestante para participar das consultas e reuniões educativas no pré-natal, em acordo com a mulher.
- Oferecer escuta para queixas e dúvidas da gestante/família.

### **Roteiros para Reuniões Educativas durante o Pré-natal e 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 à 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.

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.

#### **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 parceiros quando necessário;
- O risco da sífilis e do HIV para mãe e para o bebê. Necessidade da realização do exame e tratamento do parceiro(a);
- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- O conceito de “Vaga Sempre” 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;
- 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 da realização dos exames preconizados e dos tratamentos, inclusive para parceiros 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;
- 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;
- 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.

### **Terceiro Trimestre da 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 parceiros quando necessário;
- 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;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal;
- Reforçar quais documentos a gestante precisa levar para a maternidade.

### **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).

Fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

- 1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade maior que 35 anos; Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg ou IMC30; Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida ( fumo e álcool); Exposição a riscos ocupacionais (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse).

A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez.

- 2. História reprodutiva anterior: Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada; História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; Parto pré-termo anterior; Infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade ou grande multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional; Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
- 3. Condições clínicas preexistentes: Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias.

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

- 1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
- 2. Doença obstétrica na gravidez atual: Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe

prematura; Hemorragias da gestação; Insuficiência istmo-cervical; Aloimunização; Óbito fetal.

- 3. Intercorrências clínicas: Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

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.

### **Consulta puerperal**

É preconizado que a maternidade, no momento da alta hospitalar, realize o encaminhamento da puérpera e do RN através da estratégia de “Alta Segura” para a equipe de saúde da APS que os dois estão vinculados. Recomenda-se ainda a realização de uma visita domiciliar, pelos profissionais da APS, à puérpera após a alta da maternidade e a consulta puerperal em até 10 dias, preferencialmente com 7 dias.

A visita domiciliar à puérpera deve incluir também a visita ao RN conforme preconizado no Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança (Portaria SES-DF nº 41, de 28 de fevereiro de 2014) e, 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.

Aquelas puérperas que residem em outros municípios, deverão receber 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.

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

9. Avaliar o estado geral da mulher e do RN;

10. 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);
11. Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
12. Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde;
13. Escutar e oferecer suporte emocional à família durante os atendimentos ou visitas domiciliares;
14. Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
15. Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
16. 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);
17. Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do RN;
18. Prevenir lesões não intencionais;
19. Identificar sinais de perigo à saúde da puérpera e da criança;
20. Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo;
21. Agendar a primeira consulta de puerpério e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na UBS (7 dias de vida do RN, após a alta da maternidade).

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 seguir, é apresentada a relação dos aspectos a serem abordados, observados e investigados nas duas consultas de rotina no puerpério (até o 10º dia pós-parto e até o 42º dia pós-parto).

### **Roteiros para Consultas de 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 Atenção Básica 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, 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.

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.

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.

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.

## 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

### **Roteiro para a primeira consulta de puerpério (até 10 dias pós-parto)**

- Observação das adaptações fisiológicas do corpo da mulher no pós-parto e a relação da mãe com seu filho;
- Orientação e monitoramento domiciliar quanto à contraindicação para amamentação nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo; e, nessa situação, investigar se a criança já está recebendo a fórmula infantil;
- Nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo observar a situação das mamas (sem fazer expressão); investigar se iniciou a Cabergolina 0,5 mg (para secar o leite), e se houve apoiadura. Se houver produção de leite, orientar para contenção das mamas

com faixa ou “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;
- 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 medicações, quando for o caso.
- 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 0,5mg 02 comprimidos em dose única). Da mesma

forma que para as mulheres que tiveram nativivo, nos casos de feto natimorto, óbito neonatal e abortamento, deve-se prescrever a suplementação com ferro por pelo menos 90 dias após (40 mg de Ferro elementar- 32 gotas do Masferol® ou 40 gotas do Furp®). Os seguintes exames devem ser realizados: teste rápido de Sífilis e HIV, hemograma. A tipagem sanguínea e o coombs indiretos são necessários para avaliar se é preciso o uso de IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (D) SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 250 MCG). 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, encaminha-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 DST. 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 e violência doméstica.

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

- Orientação quanto a contraindicação da amamentação nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo e, nessa situação, investigar se a criança já está recebendo a fórmula infantil;
- Nos casos de mães com HIV ou HTLV positivo observar a situação das mamas (sem fazer expressão). Investigar se iniciou a Cabergolina 0,5 mg (para secar o leite), e se houve apojadura. Se houver produção de leite orientar para contenção das mamas com faixa ou “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;
- 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;
- 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;
- Métodos Contraceptivos – métodos disponíveis na SES-DF e a eficácia deles;
- Métodos Contraceptivos de Longa Ação – DIU Tcu 380 (até 10 anos);
- Métodos Contraceptivos Definitivos – Lei do Planejamento Reprodutivo – Laqueadura Tubária e Vasectomia.
- 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.

#### **Roteiro para a primeira consulta do RN (até 7 dias de vida)**

- Promover a amamentação (aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade), bem como apoiar a puérpera e a família nas dificuldades relacionadas à lactação;
- Orientar e realizar as imunizações (Hepatite B e BCG) no RN;
- Verificar a realização dos testes de triagem: “teste do Pezinho”, “teste do olhinho”, “teste do coraçãozinho” e “teste da orelhinha”;
- Realizar anamnese - avaliar condições do nascimento (tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, na internação do RN, se houver, e tratamentos realizados); antecedentes familiares (condições de saúde dos pais e irmãos, número de gestações anteriores e condições dos irmãos) e, por sua vez, existência de critérios de risco/vulnerabilidade\*, além do exame físico geral;

- Registrar as informações, incluindo exames e procedimentos, na Caderneta de Saúde da Criança e orientar a puérpera sobre a importância de consultá-la.

#### **\*Critérios de Risco/Vulnerabilidade**

- Peso ao nascer <2.500g;
- Apgar <7 no 5º minuto;
- Morte de irmão <5 anos;
- Internação após a alta materna;
- Malformação congênita;
- Mãe HIV+/sífilis congênita/hepatite B;
- Mãe adolescente abaixo de 16 anos;
- Mãe/cuidador analfabeto;
- Mãe/cuidador em situação de rua;
- Família recebe benefício social e/ou transferência de renda do governo ou possui renda familiar que a classifica como em situação de pobreza ou extrema pobreza;
- Mãe/cuidador com história de problemas psiquiátricos (depressão, psicose, drogadição, etilismo);
- Mãe/cuidador portador de deficiência que impossibilite o cuidado;
- Irmão menor de 2 anos;
- Desmame precoce em irmão(s);
- Criança manifestadamente indesejada.

#### **Vigilância à saúde do recém-nascido**

As seguintes ações devem ser desenvolvidas pelos serviços:

- Captação precoce e busca ativa para início do acompanhamento pré-natal;
- Acolhimento imediato para o acompanhamento do pré-natal;
- Identificação da gestação de alto risco e referenciamento para atenção especializada, mantendo-se o acompanhamento pela APS;
- Visita domiciliar/busca ativa da gestante que não comparece às consultas pré-natais.
- Visita domiciliar mensal do agente comunitário de saúde;
- Continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto, abolindo a “alta do pré-natal”;
- Vinculação da gestante à maternidade desde o acompanhamento do pré-natal;
- Acolhimento imediato na maternidade para evitar a peregrinação em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto e/ou urgências, com atraso da assistência;
- Garantia de transporte pré e inter-hospitalar quando necessário;

- Atenção qualificada ao parto;
- Direito ao acompanhante da gestante e puérpera durante o trabalho de parto e parto;
- Promoção do contato mãe-bebê imediato após o parto para o bebê saudável;
- Captação após a alta hospitalar (após o nascimento ou internação) com agendamento de atendimento na APS;
- Identificação do RN de risco;
- Continuidade do cuidado/captação do RN pela APS;
- Visita domiciliar ao RN até o 5º dia após a alta da maternidade;
- Realização da primeira consulta na primeira semana de vida e marcação de retornos;
- Manutenção do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na APS e de visitas domiciliares;
- O RN de alto risco deverá manter o calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na APS, além do acompanhamento pelo ambulatório da atenção especializada.

#### **Método Anticoncepcional durante o Aleitamento Materno**

A escolha do método deve ser sempre personalizada 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).

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 quatro semanas 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 – Norestisterona 0,35 mg) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve 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 da equipe.

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados, 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.

### **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 co-responsabilização 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, do parceiro 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 das gestantes, parceiro (as) 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, parceiro/a 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 parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

### **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 agravos e 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;
- 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, parceiros/as (quando houver) e puérperas conforme planejamento da equipe;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados na Caderneta da Gestante;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de 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 e HIV, 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 e
- 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 e HIV, 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 dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

- 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).

#### **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 saúde<sup>18</sup>.

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

## **9. 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*

## **10. 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;
- 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).

## **11. Acompanhamento Pós-tratamento**

- Acompanhar todas as mulheres após o parto;
- Agendar consulta na UBS até o 10º dia pós-parto<sup>12,13</sup>:
  - a) A maternidade agendará no encaminhamento de “Alta Segura” a consulta de puerpério da mulher e a primeira consulta de crescimento e desenvolvimento do RN de maneira concomitante, na modalidade “**agenda aberta**” ou com base na previsão de vagas semanalmente informadas pelas UBS;



- b) Todas as UBS das Superintendências de Saúde deverão enviar semanalmente para a sua maternidade de referência a disponibilidade de vagas garantidas para consulta das puérperas e dos RN;
- c) Essa articulação de que trata os itens acima é de responsabilidade das gerências das UBS, com apoio das Coordenações Regionais de Saúde da Mulher e da Criança (PAISM e PAISC); Chefias de Ginecologia, Neonatologia e da Maternidade; Diretorias de Hospital; Diretorias de Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) e das Gerências de Áreas Programáticas da Atenção Primária de cada Região;

Quando se tratar de usuária residente do entorno do DF, caberá a maternidade orientá-la para comparecer juntamente com o RN na UBS do seu município, preferencialmente onde o pré-natal foi realizado.

## **12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica.

## **13. 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 sete 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 10º dia pós-parto.  
Realização de consulta do RN em até 7 dias de vida

## **14. Referências Bibliográficas**

1. AGUIAR, R.S. et al. Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Rev. Cogitare Enferm.** v.18, n.3, p.527-31, jul-set, 2013.

2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes care**, v. 34, suplement. 1, jan., 2011.
3. 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.
4. \_\_\_\_\_. 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.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.351**, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.
10. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás**. Goiânia: COREN-GO, 2010.
11. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Brasília: COFEN, 1997.
12. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. **Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal**. Brasília: SES-DF, 2012.
13. \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Rede Cegonha do Distrito Federal. Grupo Condutor Central. **Notas Técnicas – Vol. I**. Brasília: SES-DF, 2013.
14. \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Rede Cegonha do Distrito Federal. Grupo Condutor Central. **Notas Técnicas- Vol.II**. Brasília: SES-DF, 2014.
15. \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. **Calendário de Vacinação do Distrito Federal**. Brasília: SES-DF, 2014.
16. \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. **Portaria SES-DF nº 111, de 27 de junho de 2012**. Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e dispensação de medicamentos e insumos do

Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Brasília: SES-DF, 2012.

17. 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.
18. FESCINA, R.H. et al. **Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de La mujer y el recién nacido focalizadas em APS.** Montevideo: CLAP/SMR, 2007.
19. GOMES, V.G.; CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas-SP.** Campinas-SP, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
20. GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.
21. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Routine prenatal care.** Bloomington: ICSI, 2010.
22. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman.** London: NICE, 2010.
- 23.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID 10).** 4ª ed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1997.
25. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio De Janeiro. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.
26. SENADO FEDERAL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1986.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria.** 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acesso em: 8 de abril de 2014.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women.** Geneva: WHO, 2012.
29. Quais cuidados com as mamas devem ser repassados à gestante no pré-natal, principalmente quanto à exposição solar e estímulo mamário? Telessaúde Rio Grande do Sul | 02 out 2014 | ID: sof-6934
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

31. 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.
32. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.
33. Entrevista com a Profa. Dra. Iracema de Mattos Paranhos Calderon, presidente da Comissão Nacional Especializada de Assistência Pré-natal da FEBRASGO. Disponível em: **[http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id\\_srv=2&id\\_tpc=0&nid\\_tpc=&id\\_grp=1&add=&lk=1&nti=22&l\\_nti=S&itg=S&st=&dst=3](http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=0&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=22&l_nti=S&itg=S&st=&dst=3)** Acesso em: 6 out 2014.
34. DOCUMENTO TÉCNICO: PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NA REDE CEGONHA, DF, Julho 2012