

# MÓDULO 11 • UNIDADE 3

## SAÚDE DA MULHER

ATENÇÃO HUMANIZADA EM SAÚDE DA MULHER



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 11 • UNIDADE 3

## **SAÚDE DA MULHER**

ATENÇÃO HUMANIZADA EM SAÚDE DA MULHER

São Luís  
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

***Reitor*** – Natalino Salgado Filho

***Vice-Reitor*** – Antonio José Silva Oliveira

***Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*** – Fernando de Carvalho Silva

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

***Diretora*** – Nair Portela Silva Coutinho

**COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA**

COORDENAÇÃO GERAL

***Ana Emília Figueiredo de Oliveira***

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

***Deborah de Castro e Lima Baesse***

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

***Rômulo Martins França***

## Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde  
**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**  
**Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**  
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660  
**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

### NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva  
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

### REVISÃO TÉCNICA

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos  
Cláudio Vanucci Silva de Freitas  
Fabrício Silva Pessoa  
Judith Rafaelle Oliveira Pinho  
Paola Trindade Garcia

### DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Douglas Brandão França Junior

### ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

**Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA**

**Saúde da mulher: atenção humanizada em saúde da mulher/Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes et al. (Org.). - São Luís, 2014.**

**52f.: il.**

**1. Saúde da mulher. 2. Assistência à saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Costa, Dayana Dourado de Oliveira. II. Costa, Jéssica Mendes. III. Silva, Mayara Pereira da. IV. Abreu, Sonayra Brusaca. V. Título.**

**CDU 613.9-055.2**

## APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é analisar as particularidades da gestação e seu acompanhamento.

A atenção ao pré-natal pode ser considerada uma das atividades mais importantes dentre tantas outras realizadas pela Equipe de Saúde da Família. Trazemos essa informação, pois um bom acompanhamento da gestante resulta na melhoria direta de indicadores de saúde que o país tanto luta para melhorar: mortalidade materna e infantil.

Nas páginas seguintes você terá oportunidade de se atualizar sobre as principais questões que envolvem o pré-natal de risco habitual e o puerpério.

Bons estudos!

# SUMÁRIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
|            | <b>UNIDADE 3</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>1</b>   | <b>ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>Diagnóstico da gravidez</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>1.2</b> | <b>Consultas</b> .....   | <b>12</b> |
| 1.2.1      | Roteiro da primeira consulta .....   | 12        |
| 1.2.2      | Consultas subsequentes .....   | 15        |
| <b>1.3</b> | <b>Fatores de risco na gravidez</b> .....  | <b>16</b> |
| <b>1.4</b> | <b>Exames de rotina</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>1.5</b> | <b>Ações realizadas durante o pré-natal</b> .....  | <b>20</b> |
| <b>1.6</b> | <b>Prescrição nas queixas mais frequentes</b> .....  | <b>24</b> |
| <b>1.7</b> | <b>Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/<br/>emergência obstétrica</b> ..... | <b>25</b> |
| <b>1.8</b> | <b>Ações educativas</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>2</b>   | <b>ATENÇÃO AO PUERPÉRIO</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Puerpério e as ações gerais da assistência puerperal</b> .....                              | <b>29</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Avaliação clínico-ginecológica</b> .....  | <b>31</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Acolhimento</b> .....   | <b>32</b> |
| <b>2.4</b> | <b>Ações relacionadas ao recém-nascido</b> .....   | <b>34</b> |
| <b>2.5</b> | <b>Tratamento farmacológico no puerpério</b> .....   | <b>36</b> |
| 2.5.1      | Uso de método anticoncepcional.....  | 37        |
| <b>2.6</b> | <b>Problemas no puerpério que permitem manejo na UBS</b> .....                                 | <b>39</b> |
| <b>2.7</b> | <b>Problemas no puerpério que necessitam de encaminhamento</b><br>.....                        | <b>40</b> |
| <b>2.8</b> | <b>Aspectos emocionais do puerpério</b> .....  | <b>42</b> |
| <b>2.9</b> | <b>Aleitamento materno</b> .....   | <b>44</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>48</b> |

# UNIDADE 3

## 1 ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

A maioria das gestações evolui sem intercorrências, sendo o acompanhamento pré-natal, nessas circunstâncias, chamado de pré-natal de risco habitual. Nesse contexto, o Ministério da Saúde afirma que o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2013).

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, impedindo um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família.



A sistematização da assistência obstétrica e neonatal tem seu ponto de partida em 2011, pois, para reforçar a política de humanização da assistência à saúde da mulher, é criada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O Ministério da Saúde recomenda 10 passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica, sendo eles:

- 1º passo: iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce);
- 2º passo: garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- 3º passo: toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
- 4º passo: promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”;
- 5º passo: garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
- 6º passo: é direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do(a) parceiro(a)”;
- 7º passo: garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
- 8º passo: estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”;
- 9º passo: toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);
- 10º passo: as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013).

**Competências do médico na assistência ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013):**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação;
- Realizar o cadastro da gestante no SisPreNatal e fornece o cartão da gestante devidamente preenchido;
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, intercalado(a) com o enfermeiro;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar vacinação (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinal de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar para serviço de urgência quando necessário;
- Orientar quanto a fatores de risco e vulnerabilidade;
- Identificar gestantes de alto risco e as encaminhar ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta do exame citopatológico;
- Realiza testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupo;
- Orientar sobre periodicidade das consultas e realiza busca ativa das gestantes;
- Realizar visitas domiciliares.

### 1.1 Diagnóstico da gravidez

A dosagem da gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, utilizando medidas quantitativas precisas e rá-

pidas, tornou-se mundialmente reconhecida para confirmar a ocorrência de gravidez. O  $\beta$ hCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre oito a 11 dias após a concepção. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30 mUI/ml, níveis menores que 5 mUI/ml são considerados negativos e acima de 25 mUI/ml são considerados positivos.

### **SAIBA MAIS!**

Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. Disponível no link: <http://goo.gl/zoHvhl>.

Em gestações mais avançadas o diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes, por meio dos sinais clínicos, sintomas e exame físico.

### **LEMBRE-SE!**

São sinais de certeza de gravidez:

- Ausculta de BCF;
- Visualização fetal através de exames de imagem (USG);
- Percepção dos movimentos fetais pelo examinador;
- Sinal de Puzos (rechaço fetal intrauterino durante toque vaginal, na 14ª semana de gestação).

As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e enjoos/vômitos matinais.

Acompanhe o fluxograma para manejo da mulher com suspeita de gravidez (atraso menstrual, náusea, suspensão ou irregularidade do uso do contraceptivo e desejo de gravidez), preconizado atualmente pelo Ministério da Saúde. Disponível no link: <http://goo.gl/93kgJN>.

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, deve-se oferecer à gestante,

na primeira consulta, exame ultrassonográfico para determinar a idade gestacional. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15ª semana, a estimativa da idade gestacional será feita por meio da medida do diâmetro biparietal (BRASIL, 2013).

**Após confirmação da gravidez, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – sequência de consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos (BRASIL, 2013):**

O cartão da gestante, com a identificação preenchida, o número do SisPreNatal, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;

O calendário de vacinas e suas orientações;

A solicitação dos exames de rotina;

As orientações sobre a participação nas atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares.

### **IMPORTANTE!**

A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007). Disponível no link: <http://goo.gl/8orrP7>.

## 1.2 Consultas

Para o pré-natal de risco habitual está proposto um mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre), considerando as consultas médicas e de Enfermagem. Em uma situação ideal, o acompanhamento pode ser mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas e semanal até o parto.

### **IMPORTANTE!**

Não existe alta de pré-natal.



Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Em todos os momentos, deve-se dar atenção para as dúvidas e ansiedades da mulher e de quem a acompanha.

### **ATENÇÃO:**

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal.

### 1.2.1 Roteiro da primeira consulta

O roteiro da primeira consulta contempla três dimensões (BRASIL, 2013):

**I. História clínica**

**II. Exame físico**

**III. Condutas**

Vejamos abaixo o detalhamento desse roteiro:

## INVESTIGANDO A HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome, número do SisPreNatal, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência.

### Dados socioeconômicos

Grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil/união, número e idade de dependentes, renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia (tipo, nº de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo), distância da residência até a unidade de saúde;

### Motivos da consulta

Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descrevê-la. Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;

### Antecedentes familiares

Hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama e/ou do colo uterino; hanseníase; tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); doença de Chagas; parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

### Antecedentes pessoais

Hipertensão arterial crônica; cardiopatias, inclusive doença de Chagas; diabetes mellitus; doenças renais crônicas; anemias e deficiências de nutrientes específicos; desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); epilepsia; doenças da tireoide e outras endocrinopatias; malária; viroses (rubéola, hepatite); alergias; hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? Quais? Infecção do trato urinário; doenças neurológicas e psiquiátricas; cirurgia (tipo e data); transfusões de sangue.

### Sexualidade

- Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- Desejo sexual (libido/orgasmo/prazer);
- Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- Prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
- Número de parceiros;
- Uso de preservativos.

### Antecedentes ginecológicos

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- DSTs (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Doença inflamatória pélvica; cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Mamas (alteração e tratamento);
- Última colpocitologia oncótica (data e resultado).

### Antecedentes obstétricos

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Lisoimunização Rh;
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (morte fetal intra útero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguineotransfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- Complicações nos puerpérios (descrever);
- História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

### Gestação atual

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certa ou dúvida);
- Peso prévio e altura;
- Sinais e sintomas na gestação em curso;
- Hábitos alimentares;
- Medicamentos usados na gestação;
- Internação durante essa gestação;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social.

## EXAME FÍSICO

| Geral   | Específicos (gineco-obstétrico)   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinação do peso e da altura;</li><li>• Medida da pressão arterial;</li><li>• Inspeção da pele e das mucosas;</li><li>• Palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);</li><li>• Ausculta cardiopulmonar;</li><li>• Exame do abdômen;</li><li>• Exame dos membros inferiores;</li><li>• Pesquisa de edema (face, tronco, membros).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Exame clínico das mamas (ECM);</li><li>• Palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;</li><li>• Medida da altura uterina;</li><li>• Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;</li><li>• Inspeção dos genitais externos;</li><li>• Exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;</li><li>• O exame físico das adolescentes deverá seguir orientações específicas.</li></ul> |

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- Referência para atendimento odontológico;
- Encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica.

## 1.2.2 Consultas subsequentes

Nas demais consultas durante o pré-natal, o Ministério da Saúde sugere (BRASIL 2013):

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

### **I. Controles maternos:**

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional);
- Medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas.

### **II. Controles fetais:**

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

### **III. Condutas:**

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais, com solicitação de outros, se necessário;
- Tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;

- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/ dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;
- Orientação alimentar;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- Agendamento de consultas subsequentes.

### 1.3 Fatores de risco na gravidez

O Ministério da Saúde determina que questões sociais, antecedentes reprodutivos, doenças obstétricas na gestão atual e intercorrências clínicas podem ser fatores de risco para a progressão da gestação de forma saudável (BRASIL, 2013).

|   |   |
|---|---|
| Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis | Idade menor que 17 e maior que 35 anos;   |
|   | Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; |
|   | Situação conjugal insegura;   |
|   | Baixa escolaridade (menos de 5 anos);   |
|   | Renda familiar baixa;   |
|   | Condições ambientais desfavoráveis;   |
|   | Altura menor que 1,45 m;  |
|   | Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;   |
|   | Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;  |
| Condições psicológicas alteradas.                                       |   |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| História reprodutiva anterior:       | Morte perinatal explicada e inexplicada;  |
|                                      | Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;   |
|                                      | Abortamento habitual;   |
|                                      | Esterilidade/ infertilidade;  |
|                                      | Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos;   |
|                                      | Nuliparidade e multiparidade;   |
|                                      | Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;   |
| Cirurgia uterina anterior.           |   |
| 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 - eclâmpsia;  |
|                                      | Amniorrexe prematura;   |
|                                      | Hemorragias da gestação;  |
|                                      | Isoimunização;  |
| Óbito fetal.                         |   |
| Intercorrências clínicas:            | Doenças infecciosas e auto-imunes; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; ginecopatias. |

## 1.4 Exames de rotina

O Ministério da Saúde recomenda que os exames complementares sejam solicitados desde a primeira consulta pré-natal (BRASIL, 2003).

Na primeira consulta, solicitar:



- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; repetir próximo à 30ª semana;
- Glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- Exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- Teste rápido anti-HIV, com consentimento da mulher, após o "aconselhamento pré-teste". Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível.

**Quando houver disponibilidade em sua região, solicite que seja realizado:**

- Sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação;
- Sorologia para toxoplasmose: recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio de detecção de anticorpos da classe IgM e IgG (Elisa ou imunofluorescência), em caso de IgM positiva significa doença ativa e o tratamento deve ser instituído, referir esta mulher para o pré-natal de alto risco.



Outros exames podem ser acrescentados aos exames mínimos:

- **Protoparasitológico:** solicitado na primeira consulta;
- **Colpocitologia oncótica:** muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal, assim é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que

pode ser feito em qualquer trimestre, sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;

- **Bacterioscopia da secreção vaginal:** em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- **Sorologia para rubéola:** quando houver sintomas sugestivos;
- **EAS e urocultura** para o diagnóstico de bacteriúria assintomática;
- **Eletroforese de hemoglobina:** quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- **Ultrassonografia obstétrica:** onde houver disponibilidade.

### **ATENÇÃO:**

A não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão nem diminui a qualidade do pré-natal. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos.

Vale lembrar que em casos de indicação do exame ultrassonográfico mais tardiamente na gestação, **por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica**, é notadamente válida como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Além disso, está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

### **SAIBA MAIS!**

Para saber mais sobre interpretação de resultados e condutas a serem adotadas, acesse: <http://goo.gl/M58qDo>.



## **1.5 Ações realizadas durante o pré-natal**

Vejamos agora quais as principais ações da equipe de saúde no que diz respeito ao acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2013).

- **Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação**

É o procedimento que busca avaliar o estado nutricional e o ganho ponderal da gestante. Tem como objetivo avaliar e controlar o ganho de peso ao longo da gestação. O peso deve ser aferido em todas as consultas do pré-natal.

- **Cálculo da idade gestacional**

Consiste em calcular o tempo da gravidez, estabelecendo, assim, condutas baseadas na idade gestacional (IG) obtida, e tem como objetivo estimar o tempo gestacional em semanas.

## Como calcular?



- Quando a data da última menstruação é conhecida:
  - ✓ Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);
  - ✓ Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.
  
- Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:
  - ✓ Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como a data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente, e proceder, então, à utilização de um dos métodos anteriormente descritos.
  
- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino.

Verificar a IG correspondente a esse ponto. Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional.

### **ATENÇÃO:**

Nos casos em que não for possível estimar a IG clinicamente, solicitar o exame de ultrassonografia obstétrica o mais breve possível.



- **Data provável do parto**

Consiste em estimar o período provável para o nascimento, considerando a duração média da gestação normal de 40 semanas.

### **IMPORTANTE!**

Uma gestação normal pode durar entre 37 e 42 semanas.



- Com o disco (gestograma), colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto;

- Regra de Nägele: somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação. Nos casos dos meses de janeiro a março adicionar nove meses em vez de subtrair três. Caso o número de dias encontrado seja maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

- **Medida da altura uterina**

É a mensuração do espaço que vai da borda superior da sínfise púbica até ao fundo uterino, com o objetivo de identificar o crescimento normal do feto, detectar seus desvios e diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso.

- **Palpação obstétrica**

Procedimento realizado com a finalidade de avaliar a situação e a apresentação fetal, procurando identificar os polos cefálico ou pélvico, o dorso fetal, o grau de encaixamento e o local de ausculta do foco máximo do batimento cardíaco fetal (BCF). O feto poderá estar em situação longitudinal - a mais comum - ou transversa. As apresentações mais frequentes são as cefálicas e pélvicas. A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gravidez, podem significar maiores cuidados no parto. Oferecer exercícios para favorecer a mudança da apresentação.

São etapas da ação:

1º tempo: palpação do fundo uterino, buscando seus limites;

2º tempo: palpação da região lateral do abdômen, buscando identificar as partes fetais e do dorso do feto;

3º tempo: determinação do polo que se apresenta ao canal de parto;

4º tempo: determinação do grau de penetração deste polo no estreito superior da bacia.

- **Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)**

Ausculta dos batimentos cardíacos do feto pode ser realizada com estetoscópio de Pinard (após 20 semanas), ou Sonar Doppler (após 12 semanas). O objetivo é constatar, a cada consulta, a qualidade do BCF, por meio da avaliação de seu ritmo e frequência.

- **Verificação da presença de edema**

A constatação da presença anormal de líquidos nos tecidos, com o objetivo de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico.

### **SAIBA MAIS!**

Para mais informações sobre procedimentos técnicos, acesse:

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf).

## **1.6 Prescrição nas queixas mais frequentes**

Poucos medicamentos confirmaram sua segurança para uso durante a gestação, particularmente durante o primeiro trimestre. O risco associado a determinado medicamento deve ser avaliado com base na necessidade da paciente, considerando os benefícios maternos e os prováveis riscos fetais. Sempre deve ser utilizada a menor dose do medicamento.

A suplementação de cloreto de sódio, cálcio ou vitaminas e sais minerais não foram efetivas para reduzir câibras na gravidez. Apenas o lactato ou citrato de magnésio, em doses de 5 mmol pela manhã e 10 mmol à noite, mostrou redução significativa das câibras.

Antieméticos (anti-histamínicos, doxilamina com piridoxina, vitamina B6 e gengibre) reduzem a frequência de náuseas no início da gravidez. Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea (10 a 25 mg três vezes ao dia). A administração de gengibre em cápsulas (250 mg quatro vezes ao dia) também foi eficiente para reduzir náuseas e vômitos. Nenhum tratamento para a hiperemese gravídica demonstrou benefício evidente.

Exercícios aquáticos, realizados a partir de 20 semanas de gestação, reduzem significativamente a lombalgia e o absenteísmo, além de sessões de fisioterapia de grupo e acupuntura (10 a 30 minutos) (BRASIL, 2013).

## 1.7 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Ao receber um encaminhamento do pré-natal de risco habitual, os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar e confirmar o diagnóstico inicial e determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica.

São fatores de risco (BRASIL, 2013):

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 mmHg, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada, associada à proteinúria;
- Atenção: edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA > 160/110 mmHg);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;

- Hipertermia (Tax  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica;
- Óbito fetal.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

## 1.8 Ações educativas

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

Para isso, podem-se realizar grupos de gestantes com a participação do casal e família, no intuito de trabalhar as questões que envolvem todo o período de gestação, parto e puerpério.

Durante o pré-natal, a mulher e a família devem receber informações sobre os seguintes temas (BRASIL, 2013):

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- Realização de atividade física;
- Preparação corporal e emocional para que a mulher possa vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- Preparo para o parto;
- Sinais e sintomas do parto;
- Plano de parto considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;

- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Direitos da gestante: elas deverão ser orientadas como proceder para obter a licença e salário-maternidade; nesse caso, a parceria com outros setores é indispensável. **Para mais informações, acesse:** <http://goo.gl/mD59He>;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pelo Lei nº 11.108, de 7/4/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

### **REFLITA COMIGO!**

Você consegue identificar todos os itens acima nas ações de educação em saúde planejadas pela equipe de saúde onde você atua? Em caso negativo, o que fazer para que as ações contemplem os itens acima?



## **2 ATENÇÃO AO PUERPÉRIO**

### **2.1 Puerpério e as ações gerais da assistência puerperal**

Define-se que puerpério é o período que vai do final do terceiro estágio do trabalho de parto ao retorno do organismo feminino ao estado pré-concepcional, o que leva aproximadamente seis semanas.

As situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer logo no mesmo período.

Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” (BRASIL, 2013).

### **IMPORTANTE!**

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nas-

cidos (RN). Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Durante os primeiros dias, são realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2013).

#### ✓ **Ações relacionadas à puérpera**

Quanto ao manejo no puerpério, veja abaixo algumas indicações referente à anamnese:

- Verifique o Cartão da Gestante e pergunte à mulher questões sobre:
  - As condições da gestação;
  - As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
  - Os dados do parto (data; tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto);
  - Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh);
  - Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou o parto;
  - O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).
  
- Pergunte a ela como se sente e indague questões sobre:
  - Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
  - Alimentação, sono, atividades;
  - Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;

- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas);
- Deve-se ainda avaliar a necessidade de novas consultas de acordo com as especificidades de cada caso.

## 2.2 Avaliação clínico-ginecológica

- **Estado psíquico:** não se esquecer de avaliar o estado psíquico da mulher e a formação de vínculo entre a mãe e o filho, observando também uma mamada para garantir que está sendo adequadamente posicionada e efetiva.
- **Mamas:** examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação.
- **Abdômen e genitália:** examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação; examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios).
- **PA e pulso:** aferição da pressão arterial é imprescindível na avaliação da puerpera. Um sinal de alerta para alteração da pressão arterial (PA) é a PAD > 90 mmHg e que não reduz em 4 horas de observação ou PAD > 90 mmHg e acompanhada por outro sinal ou sintoma como cefaleia persistente, alterações visuais, dor em hipocôndrios, vômitos, sudorese súbita na face, nas mãos e nos pés; a avaliação do pulso é um parâmetro importante como um

sinal de alerta para hemorragia pós-parto (perda sanguínea súbita e profusa ou persistentemente aumentada ou perda sanguínea de qualquer intensidade acompanhada de fraqueza, tontura ou palpitação, taquicardia.

- **Temperatura e sinais de infecção (ferida operatória ou puerperal):** fique atento a algum sinal de alerta para sepse ou febre persistente (duas medidas com 4 - 6 horas de intervalo). A principal causa de sepse no puerpério é infecção no trato genital, especialmente infecção uterina, como endometrite, mas a sepse pode ter outras origens, como infecção de feridas operatórias. Outras manifestações que podem sugerir suspeita de sepse: calafrios, dor abdominal, subinvolução uterina e/ou importante perda sanguínea vaginal.
- **Edema:** a pesquisa de edema na puérpera tem importância como um sinal de alerta para trombose venosa profunda podendo se manifestar associada à dor unilateral na panturrilha, hiperemia ou edema; mulheres obesas são mais propensas a eventos tromboembólicos e devem receber atenção especial.
- **Exame físico geral:** examine a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/ cesárea) e os membros inferiores. Outros dados do exame físico geral também devem ser investigados: cabeça, pescoço, aparelho respiratório, aparelho urinário, aparelho cardiovascular etc.

## 2.3 Acolhimento

O acolhimento deve ser realizado por toda equipe de saúde. É de suma importância que o médico procure acolher a puérpera da melhor forma possível, propondo para ela um plano terapêutico adequado com suas necessidades e flexível em horários. Orientações importantes:

- **Sexualidade:** referir sobre o período de início da atividade sexual, explicando que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias. Esclareça também sobre prevenção de DST/ Aids e planejamento reprodutivo (de acordo com a vontade do casal), informando os métodos anticoncepcionais que podem ser utilizados no pós-parto.
- **Pós-operatório:** esclarecer sobre os pontos cirúrgicos em cicatrizes de cesarianas e episiotomia, lembrando que o fechamento da pele é mais frequentemente feito com fio tipo nylon, que requer a retirada dos pontos entre o 7º e 10º dia pós-operatório, mas pode-se usar também a sutura intradérmica com fios delicados e absorvíveis, em cerca de 20 dias, sendo estes os pontos mais comuns na episiotomia e, portanto, não são retirados.
- **Direitos da mulher:** o artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal, garante à empregada gestante o direito à licença-maternidade, correspondente a 120 dias, após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios. O médico fornecerá atestado do nascimento, que deverá ser encaminhado ao empregador com a comunicação da data do início do afastamento. A licença-maternidade poderá ocorrer a partir do 8º mês da gestação. Neste caso, o atestado médico indicará a data do afastamento. Além da licença-maternidade, que é necessária à saúde da mãe e do filho, antes e depois do parto, a gestante tem direito ao período de duas semanas para descanso, nos termos previstos no artigo 392, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O médico fornecerá atestado depois de verificadas tais condições.

### **IMPORTANTE!**

Se a mulher quiser engravidar novamente, o ideal é que aguarde cerca de dois anos. É sabido que uma gravidez muito perto da outra aumenta o risco de problemas de saúde tanto para a mãe quanto para a criança.

O intervalo entre as gestações é necessário para que o organismo possa se restabelecer por completo, evitando complicações para o futuro bebê (como prematuridade e baixo peso) e para a própria mãe (como anemia, debilidade física ou hemorragia).

## **2.4 Ações relacionadas ao recém-nascido**

No conjunto de ações destinadas à assistência puerperal, destina-se também atenção especial ao recém-nascido. Acompanhe abaixo e verifique orientações peculiares à assistência ao RN:

### **Caderneta de saúde da criança**

- Verifique a existência da caderneta de saúde da criança e, caso não haja, providencie sua abertura imediata;
- Verifique se a caderneta de saúde da criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procure verificar se há alguma informação sobre o peso, o comprimento, o teste de Apgar, a idade gestacional e as condições de vitalidade;
- Realize o teste do pezinho e registre o resultado na caderneta da criança.

### **Recém-nascido**

- Insira as informações do recém-nascido no SisPreNatal WEB;
- Verifique as condições de alta da mulher e do RN;

- Identifique o RN de risco ao nascer;
- Verifique se foram aplicadas no RN, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplique-as no RN, na unidade, e registre-as no prontuário e na caderneta de saúde da criança.

### **Criança**

- Observe a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, a ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicite avaliação médica imediatamente;
- Agende as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida.

### **Amamentação**

- Observe e oriente a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;
- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;
- Conheça os critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido:

| <b>Critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido:</b>  |
|--|
| Para a identificação de fatores de risco para o RN, seguimos os seguintes critérios. Critérios principais:                   |
| - Baixo peso ao nascer (menor do que 2.500 g);   |
| - Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento;   |
| - História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV); |
| - História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.                                     |
| Critérios associados (dois ou mais dos critérios mostrados a seguir):  |
| - Família residente em área de risco;  |
| - RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade);   |
| - RN de mãe analfabeta;  |
| - RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança;                |
| - RN de família sem fonte de renda;  |
| - RN manifestamente indesejado.  |
| Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicite a avaliação médica.   |

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf).

## 2.5 Tratamento farmacológico no puerpério

O tratamento farmacológico no puerpério contempla ações que abordam o planejamento reprodutivo, imunização e suplementação. As medidas farmacológicas são fundamentais no controle reprodutivo, aporte nutricional e prevenção de agravos.

- o **Planejamento reprodutivo:** orientar e prescrever o método anticoncepcional mais adequado e de acordo com a vontade do casal. O uso da camisinha deve ser indicado independentemente

da escolha do método para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

- **Imunização:** o ciclo gravídico-puerperal é uma situação peculiar no que se refere à imunização: a melhor forma de proteger o binômio mãe/feto (ou mãe/criança) é tomar atitudes adequadas na adolescência, muito antes da fecundação. O puerpério é excelente momento para atualização do calendário vacinal da mulher, propiciando imunidade contra várias doenças imunopreveníveis. Veja aqui as vacinas recomendadas durante o puerpério:
  - Vacina dupla tipo adulto: quando necessário.
  - Tríplice viral: quando necessário.
  - Tétano: complementação do esquema vacinal, quando incompleto na gravidez.
- **Suplementação:** prescrever suplementação de ferro com ferro elementar, 40 mg/dia, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada.

Caso ocorram complicações, a prescrição farmacológica deve ser feita de acordo com o quadro clínico apresentado.

### 2.5.1 Uso de método anticoncepcional

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto devem-se considerar o tempo de 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.

A escolha do método deve ser sempre personalizada. O esquema abaixo orienta a prescrição:

- **DIU:** pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto. Está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura.
- **Anticoncepcional injetável trimestral:** anticoncepcional injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona, 150 mg/ml) tem alta eficácia e pode ser utilizado pela mulher que está amamentando.
- **Anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula):** é permitido uso em mulheres que estão amamentando. Seu uso pode ser iniciado seis semanas pós-parto.
- **Métodos comportamentais:** tabelinha, muco cervical, entre outros – indicados somente após a regularização do ciclo menstrual. Prescrito em situações de condições patológicas da mulher que contraindica parcialmente nova gestação (HAS, diabetes e outras).
- **Preservativo masculino ou feminino:** boa eficácia contraceptiva, confere proteção contra as doenças de transmissão sexual. Deve ser sempre incentivado.

### **IMPORTANTE!**

Anticoncepcionais hormonais orais combinados e injetáveis mensais não devem ser utilizados nas puérperas já que interferem na qualidade e quantidade do leite materno.



## 2.6 Problemas no puerpério que permitem manejo na UBS

A atenção básica é capaz de solucionar diversas intercorrências gestacionais. No geral é necessário um bom acompanhamento por parte da equipe de saúde. Cefaleia, incontinência urinária e/ou fecal, dor perineal, constipação intestinal e dispareunia podem ter seu manejo clínico realizado na UBS:

Quadro 1 – Manejo clínico de algumas intercorrências no puerpério.

| Sinais/sintomas                           | O que fazer   |
|---|---|
| <b>Cefaleia:</b>                          | Investigar história progressiva de pré-eclâmpsia se associada à hipertensão e proteinúria. Em mulheres normotensas, investigar passado de cefaleia tensional, migrânea e ou cefaleia pós-punção lombar. Prescrever uso de analgésico oral (fármaco de primeira escolha – paracetamol). Em mulheres com sinais e sintomas mais complexos, avaliar a possibilidade de encaminhamento ao profissional especializado.   |
| <b>Incontinência urinária e/ou fecal:</b> | Solicitar durante anamnese o documento de registro de alta hospitalar da maternidade (deve conter tipo de parto e procedimentos realizados tais como: uso de fórceps, extração a vácuo, trabalho de parto prolongado, lacerações de terceiro ou quarto grau). Solicitar avaliação do profissional fisioterapeuta para que ele oriente exercício para fortalecer o assoalho (método efetivos no controle e prevenção da incontinência urinária e fecal). Em casos em que as medidas indicadas não surtam o efeito desejado, avaliar a possibilidade de encaminhar a um profissional especializado. |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Dor perineal:</b>           | Examinar região perineal com intuito de identificar: deiscência de sutura, sinais flogísticos, hematomas e lacerações; em caso de dor, edema e/ou hematoma em região perineal: orientar aplicação de compressas frias, analgesia oral (fármaco de primeira escolha – paracetamol), em caso de dor persistente é indicado prescrever anti-inflamatório não esteroide (Aine); orientar sobre medidas básicas de higiene da região perineal.                       |
| <b>Constipação intestinal:</b> | Orientar dieta rica em fibras e alimentos laxativos, averiguar a ingesta líquida orientando a adequação necessária. Nos casos em que as orientações nutricionais não resolvam, prescrever uso de fármacos laxativos estimulantes.   |
| <b>Dispareunia:</b>            | Realizar exame perineal à procura de lesões traumáticas, lacerações ou complicações relacionadas à linha de sutura perineal. Diante da presença de edema ou congestão, orientar a mulher sobre regressão deles até o 25º dia puerperal. Indicar o uso de lubrificantes vaginais à base de água sob a forma de gel (recomendar a mulheres que estão amamentando). Avaliar possíveis causas de distúrbios psíquicos provocados por ansiedade ou stress pós-parto. |

## 2.7 Problemas no puerpério que necessitam de encaminhamento

O Ministério da Saúde aponta as principais complicações no puerpério que necessitam de encaminhamento para atendimento de emergência, assim como considerações em relação aos alertas vermelhos no puerpério (BRASIL, 2006).

## PRÉ-ECLÂMPسيا/ECLÂMPسيا

### Sinais de alerta

Pressão arterial diastólica (PAD) > 90 mmHg e que não reduz em 4 horas de observação ou PAD > 90 mmHg e acompanhada por outro sinal ou sintoma de pré-eclâmpسيا (cefaleia persistente, alterações visuais, dor em hipocôndrios, vômitos, sudorese súbita na face, nas mãos e nos pés).

### Considerações

É a principal causa de óbito materno no Brasil. Não há estudos que avaliem se os fatores de risco para pré-eclâmpسيا/eclâmpسيا no puerpério são os mesmos na gestação. Os sintomas neurológicos da pré-eclâmpسيا, incluindo cegueira cortical, cefaleia e escotomas, assim como mal-estar, náuseas e vômitos não relacionados a outras causas, são mais frequentes no puerpério.

## TROMBOEMBOLISMO

### Sinais de alerta

Dor unilateral na panturrilha, hiperemia ou edema dispneia ou dor no peito.

### Considerações

Mulheres obesas são mais propensas a eventos tromboembólicos e devem receber atenção especial. Além dos fatores de risco da população em geral, estão associados a aumento de risco de tromboembolismo no puerpério: hiperêmese, desidratação, infecção grave, pré-eclâmpسيا, perda de sangue excessiva, viagem de transporte prolongada, parto instrumental, trabalho de parto prolongado e imobilização após parto.

## HEMORRAGIA PÓS-PARTO

### Sinais de alerta

Perda sanguínea súbita e profusa ou persistentemente aumentada. Perda sanguínea de qualquer intensidade acompanhada de fraqueza, tontura ou palpitação/taquicardia.

### Considerações

É a segunda causa de morte materna no Brasil. Como não há consenso sobre a melhor forma de qualificar a perda de sangue vaginal, alguns autores recomendam que o diagnóstico seja considerado com qualquer perda de sangue que afete o balanço hemodinâmico da mulher.

| SEPSE   |
|---|
| Sinais de alerta  |
| Febre persistente (2 medidas com 4 - 6 horas de intervalo) ou acompanhada de: calafrios, dor abdominal, subinvolução uterina e/ou importante perda sanguínea vaginal.   |
| Considerações   |
| A principal causa de sepse no puerpério é infecção no trato genital, especialmente infecção uterina, como endometrite, mas a sepse pode ter outras origens, como infecções de feridas operatórias.<br>O risco de endometrite é 5 - 10 vezes mais após cesarianas. |

## 2.8 Aspectos emocionais do puerpério

Quando uma criança nasce ocorrem mudanças na vida da mãe e de sua família e surgem receios e angústias diversas, podendo ser algo natural do processo de ser mãe ou até mesmo algo patológico. Por isso o médico da família tem que ficar atento também a esses aspectos. É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- **Alterações emocionais:** esteja atento a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação "normal" e da característica do puerpério.
- **Sinais e sintomas:** diagnostique as formas de sofrimento mental puerperal para assisti-las precocemente a fim de auxiliar numa relação mãe-bebê satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Em geral, as alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal.
- **Aleitamento materno exclusivo:** forneça orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, acolha as ansiedades e fantasias da puérpera, abra espaço para dúvidas e ofereça dicas práticas para facilitar o ato da amamentação.

- **Acompanhamento da puérpera:** leve em consideração a importância do acompanhamento da puérpera desde a primeira semana após o parto, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica, quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento e da vida familiar.
- **Inclusão da família:** inclua a família nos atendimentos de puericultura e no amparo à puérpera.

*Alguns fatores de risco são importantes levar em consideração a fim de evitar transtornos mentais puerperais:*

*História pregressa de depressão (antes da gravidez ou pós-parto) é o mais importante;*

*Histórico de doença (ou transtorno) bipolar;*

*Conflito marital;*

*Eventos estressores nos 12 meses anteriores;*

*Lacunas no suporte familiar ou de amigos;*

*Ausência ou lacunas no suporte afetivo ou financeiro do companheiro;*

*Gestação não planejada;*

*Baixa escolaridade;*

*Violência doméstica;*

*Antecedentes de hiperêmese gravídica, irritabilidade uterina ou desordens psiquiátricas na gestação atual;*

*Estressores relacionados ao cuidado do bebê;*

*Bebê com malformação congênita;*

*Personalidade introvertida ou histérica;*

*Diabetes prévia ou gestacional.*



## 2.9 Aleitamento materno

O aleitamento materno é de fundamental importância para a continuidade do vínculo mãe-bebê, sendo muito mais que nutrir a criança. O ato de amamentar tem repercussão tanto na saúde da mãe quanto da criança, beneficiando da seguinte forma:

- **Benefício do ato de amamentar para a mãe:** o ato de amamentar tem repercussão na saúde da mãe, tanto física quanto psíquica. É sempre muito prazeroso para a mãe amamentar o seu filho, ver sua satisfação em estar ao lado da mamãe e lembrar que não existe nada que aumente mais o vínculo entre mãe e bebê nesse período do que a amamentação.
- **Benefício do ato de amamentar para a criança:** ato de amamentar tem repercussão na saúde da criança protegendo contra infecções e influenciando no seu desenvolvimento fisiológico, cognitivo e emocional. A amamentação é uma das maneiras mais eficazes de assegurar a saúde e sobrevivência da criança. A amamentação ideal juntamente com a alimentação ajuda a complementar e prevenir a desnutrição e pode poupar cerca de um milhão de vidas de crianças. O leite materno é o alimento mais completo para o bebê até os 6 meses de vida.

Após esse período, a alimentação complementar deve ser introduzida e o leite materno oferecido até 2 anos ou mais.

Apesar de todas as evidências científicas provando a excelência do leite materno, a taxa de aleitamento materno no Brasil ainda precisa ser melhorada. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. As orientações sobre amamentação deverão ser reforçadas também no período puerperal.

## **SAIBA MAIS!**

### **Técnicas para amamentação**

Acompanhe o vídeo sobre técnicas para amamentação:

<https://www.youtube.com/watch?v=0qRWMaWAzy0>.

Saiba mais lendo o manual "[Amamentação e uso de medicamentos e o uso de outras substâncias](#)". Há uma lista completa de substâncias e seus riscos para a amamentação, inclusive falando sobre alimentos, cosméticos, fitoterápicos, hormônios, vacinas e galactagogos X inibidores da lactação. Não deixe de conferir!

Acompanhe no quadro abaixo as principais drogas e suas peculiaridades de indicação para uso durante a amamentação:

Quadro 2 - Principais drogas e suas respectivas peculiaridades.

| Grupos de drogas                                       |   | Uso criterioso durante a lactação   | Uso compatível com a lactação  |
|--|---|---|--|
| Analgésicos antitérmicos anti-inflamatórios e opiáceos | Sais de ouro  | Fenilbutazona, indometacina, dextropropoxifeno. Doses elevadas/ uso prolongado morfina, codeína, petidina, salicilatos.   | Ácidos mefenâmico e flufenâmico. Diclofenaco. Piroxicam. Naproxeno, cetoprofeno, ibuprofeno, colchicina. Paracetamol, dipirona. Uso de curta duração: morfina, codeína, petidina, salicilatos.   |
| Antibióticos e anti-infecciosos                        |   | Ciindamicina, cloranfenicol, imipenem. Sulfametoxazol, sulfonamidas, nitrofurantuína, ácido nalidíxico. Quinolonas: evitar ciprofloxacina, preferir norfloxacina. Antivirais. Escabícidas: lindano e monossulfiran. Antimicóticos: cetoconazol, itraconazol, terconazol, isconazol. Metronidazol, tinidazol, furazolidona. Antimaláricos, pirimetamina. Clofazimina, dapsona.   | Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbenicilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina, vancomicina, eritromicina, azitromicina, claritromicina, lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos. Antimicóticos: miconazol, nistatina, fluconazol, clortrimazol, anfotericina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina, antimoníato de meglumina.  |
| Medicamentos que atuam no sistema nervoso central      | Anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, maconha   | Antidepressivos, amitriptilina, imipramina, lítio, moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina. Anticonvulsivantes: fenobarbital, butabarbital, primidona, difenilhidantoina, etosuximida, clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol, droperidol, pimozida, sulpirida, clorpromazina, levopromazina, flufenazina, periciazina, tioridazina, pipotiazina. Derivados da ergotamina (antiexaúca). Antiparkinsonianos. | Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproico, Clomipramina.   |
| Hormônios e antagonistas                               | Tarmoxifen, andrógenos, bromocriptina, cabergolina, misoprostol, mifepristone, estrógenos: doses elevadas | Hipoglicemiantes orais, propiltiuracil, carbamizol, metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Ocitocina, ergonovina.  | Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona (microdosagem) espermaticidas, DIU com progestogênio. Corticosteróides: uso de curta duração.  |
| Miscelânea   | Amiodarona. antineoplásicos: citotóxicos/ imunossupressores. Substâncias radioativas. Fenindiona.         | Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. Teofina, aminofilina. Iodetos, iodopovidona. Antitussígenos. Nafazolina, oximetazolina, fenilefrina. Carisoprodol. Clonidina. Pizotifeno. Reserpina. Bebidas alcoólicas. Nicotina.   | Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida, metoclopramida, bromoprida, alisaprida, domperidona. Anti-histamínicos: preferir loratadina. Descongestionantes. Mucolíticos: exceto iodetos. Broncodilatadores orais e inalados. Heparina, warfarin, dicumarol. Betabloqueadores: preferir propranolol, labetalol. Digitálicos. Bloqueadores de canais de cálcio: nifedipina, verapamil. Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina. Diuréticos. Lidocaína. Laxativos. Vitaminas. Imunoglobulinas. Vacinas. |

## *Considerações finais*

As repercussões da realização de um bom pré-natal são várias, como a identificação de fatores de risco gestacionais tanto para a mãe quanto para o bebê, o preparo para a amamentação, melhoria de cuidados com a saúde do bebê, dentre outros. O envolvimento de toda equipe é essencial nesse processo, afinal a gestação muda todo o corpo da mulher, sua rotina, seus hábitos e o cuidado integral e humanizado é **indispensável** nessa etapa da vida.

## REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 1386 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5). Disponível em: <http://goo.gl/5g2L4k>. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Promovendo o aleitamento materno**: álbum seriado. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 18 p. Disponível em: <http://goo.gl/5NYh19>. Acesso em 30 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: < <http://goo.gl/bJZkWX> >. Acesso em: 31 jul. 2014.

GUIMARÃES, Katia; DONINI, Ângela. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 29 p. Disponível em: < <http://goo.gl/5vAYA5> >. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Rede Amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 58 p. (Série I. História da Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/OB4orm>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 40). Disponível em: < <http://goo.gl/8g3OBg>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: < <http://goo.gl/ne37Ox>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://goo.gl/Ft8A8x>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: < <http://goo.gl/wmYSp0>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://goo.gl/4BGEEa>. Acesso em: 31 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: < <http://goo.gl/wPJ227>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5). Disponível em: <http://goo.gl/eOSox7>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ \_\_\_\_ **Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. 27 jun. 2011. Seção 1.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4.

\_\_\_\_. Presidência da República. Lei Nº. 11.634, 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: <http://goo.gl/G7OVw7>. Acesso em: 31 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei Nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Assegura a toda gestante o direito à presença de acompanhante nos hospitais públicos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: <http://goo.gl/mv1E6l>. Acesso em: 31 jul. 2014.

CARVALHARES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J Pediatr.**, v. 79, n. 1, 13-20, 2003.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FBAGO. **Assistência pré-natal**. 2006. 16 p. Disponível em: <http://goo.gl/Bfa0zg>. Acesso em: 31 jul. 2014.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

IACONELI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, v. 41, n. 4, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://goo.gl/kv6jRI>. Acesso em: 31 jul. 2014.

LAURENTI, R. Mortalidade Materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 1, p. 6-7, 2002.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.

MARIANI NETO, C. (Ed.). **Aleitamento materno**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2006. 162 p. Disponível em: <http://goo.gl/YG405v>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

SALES, A. N. et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **RBGO**, v. 22, n. 10, p. 627-32, 2000. Disponível em: < <http://goo.gl/li3iB0>>. Acesso em: 31 jul. 2014.