

PUÉRPERA - ATENÇÃO BÁSICA

Público alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários				Apoio mínimo necessário para diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Infraestrutura mínima (1)	Medicamentos (2) e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
Puérperas após alta hospitalar (Visita domiciliar na primeira semana pós-parto - até 3 dias em caso de RN de risco. Retorno no serviço de saúde entre 7 a 10 dias. Agendamento de consulta entre 42 a 60 dias para mulheres que estão amamentando e 30 a 42 dias para as que não estão amamentando)	Captação precoce das puérperas	Procura por agendamento pela própria gestante, identificação e encaminhamento de puérperas nas atividades realizadas pela unidade básica, especialmente no atendimento ao RN. Visita domiciliar obrigatória na primeira semana pós-parto, com busca ativa através da notificação no sistema de vigilância da própria unidade ou do sistema de informação de nascidos vivos, incluindo as puérperas que vinham fazendo seu acompanhamento em unidade especializada no período gestacional	equipe multiprofissional			transporte para visita domiciliar, meios de comunicação com a gestante (fone, correio)		notificação de nascidos vivos (SINASC), prontuário, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8) , ficha de vigilância da unidade
	Acolhimento da puérpera	Verificação do cartão da gestante (7) e da ficha de atendimento do pré-natal (8) ; interrogatório sobre o parto e o RN; intercorrências no parto e pós-parto; situação vacinal (3) ; condições do aleitamento, identificação da interação da mãe com o recém-nascido e condições físico-emocionais da puérpera (13) ; avaliação da condição social e possíveis riscos familiares	equipe multiprofissional	sala para atendimento individual ou grupal (1)	vacinas (3)			prontuário, cartão de vacinação, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
	Assistência clínica ao binômio mãe-filho	Consulta clínica-ginecológica, avaliação da eventual cicatriz cirúrgica e de possíveis intercorrências, observação da formação do vínculo mãe e filho, avaliação do processo de aleitamento, solicitação de exames (sorologias HIV e VDRL caso a gestante não tenha feito pré-natal), prescrição de sulfato ferroso e outros medicamentos de acordo com o caso, vacinação, orientação interpartal	médico, profissionais da enfermagem	consultório para atendimento ginecológico, sala de coleta de exames, sala de vacinação (1)	medicamentos essenciais considerando o aleitamento (2), vacinas (3)		exames complementares	prontuário, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
		Promoção das ações da 1ª semana de saúde integral: verificação da caderneta de saúde da criança; consulta pediátrica; orientação da mamada; identificação de RN de risco; realização do teste do pezinho; verificação se houve administração das vacinas BCG e Hep B na maternidade; agendamento das consultas subsequentes de acordo com o calendário	equipe multiprofissional	consultório pediátrico, sala de atendimento individual ou grupal, sala de vacinação e de coleta de exames se necessário (1)	vacinas e medicamentos essenciais para atendimento pediátrico, de acordo com o caso	material educativo	teste do pezinho e outros exames laboratoriais, de acordo com o caso e se necessário	prontuário da criança, cartão da criança, ficha de controle de ganho ponderal
	Educativas (6)	Atividades educativas (6) voltadas para o puerpério e os cuidados com o RN normal ou com intercorrências; incentivo ao aleitamento materno; prevenção de distúrbios psiquiátricos (13) ; planejamento familiar (5) ; orientação interpartal	equipe multiprofissional	sala para atendimento individual ou grupal (1)		material educativo		prontuário, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8)

PUÉRPERA - ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Público alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários				Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Infraestrutura mínima	Medicamentos (2) e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
Puérperas com histórico de gestação de risco (visita domiciliar entre 7 a 10 dias após o parto ou até 3 dias em caso de RN de risco. Retorno no serviço de saúde entre 7 a 10 dias. Agendar consulta entre 42 a 60 dias para mulheres que estão amamentando e 30 a 42 dias para as que não estão amamentando)	Captação precoce das puérperas	Procura por agendamento pela própria gestante, visita domiciliar obrigatória, com busca ativa através da notificação no sistema de vigilância da própria unidade ou do sistema de informação dos nascidos vivos (SISNAC)	equipe multiprofissional			transporte para visita domiciliar, meios de comunicação com a gestante (fone, correio)		notificação de nascidos vivos (SINASC), prontuário, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8) , ficha de vigilância da unidade
	Acolhimento da puérpera	Verificação do cartão da gestante (7) ; interrogatório sobre o parto e o RN; intercorrências no parto e pós-parto; situação vacinal (3) ; condições do aleitamento, identificação da interação da mãe com o recém-nascido e condições físico-emocionais da puérpera (13) ; avaliação da condição social e possíveis riscos familiares	equipe multiprofissional	sala para atendimento individual ou grupal				prontuário, cartão de vacinação, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
	Avaliação clínica	Consulta clínica-ginecológica, avaliação da eventual cicatriz cirúrgica e de possíveis intercorrências, observação da formação do vínculo mãe e filho, avaliação do processo de aleitamento, solicitação de exames (sorologias HIV e VDRL caso a gestante não tenha feito pré-natal), prescrição de sulfato ferroso e outros medicamentos de acordo com o caso, vacinação, indicação do método anticoncepcional e inserção de DIU se for o caso	médico gineco-obstetra especializado em gestação de alto risco e profissionais da enfermagem	consultório para atendimento ginecológico, sala de exames	medicamentos essenciais considerando o aleitamento (2)		exames complementares (4) e/ou de acordo com o agravo	prontuário, cartão de vacinação, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
	Educativas (6)	Atividades educativas (6) voltadas para o puerpério e os cuidados com o RN normal ou com intercorrências; incentivo ao aleitamento materno; prevenção de distúrbios psiquiátricos; planejamento familiar (5) ; orientação interpartal. Caso a unidade não disponha de infraestrutura para ações educativas (6) , garantir a participação da gestante no programa educativo da sua unidade básica de origem	equipe multiprofissional	sala para atendimento individual ou grupal		material educativo		prontuário, cartão de vacinação, cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
	Referenciamento para a Atenção Básica	Encaminhamento da puérpera para a Atenção Básica assim que a mesma prescindir de acompanhamento em unidade especializada, com a devida orientação para a equipe multiprofissional para que a mesma possa dar continuidade ao seu acompanhamento	médico gineco-obstetra especializado em gestação de alto risco, profissionais da enfermagem					cartão da gestante (7) , ficha de acompanhamento do pré-natal (8) , relatório de encaminhamento (10) , prontuário

PUÉRPERA - ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Público alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários				Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Infraestrutura mínima	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
Puérperas no pós-parto imediato e que permaneçam hospitalizadas após o parto devido à alguma intercorrência	Assistência ao binômio mãe-filho	Assistência à puérpera proveniente de uma gestação de baixo ou alto risco que por alguma intercorrência permaneça hospitalizada após o parto. Controle pós-parto imediato (diagnóstico precoce de hemorragia pós-parto); assistência médica e de enfermagem ao RN, com avaliação da vitalidade, identificação, reanimação se necessário, cuidados pós-anestésicos, incentivo à amamentação na primeira hora de vida (atenção para contra-indicações para amamentação); emissão de relatórios e registros. Atenção para evolução anormal no puerpério; individualizar os cuidados; considerar os riscos infecciosos e para alo-imunização Rh). Elaboração de um projeto terapêutico individualizado com a participação da equipe multiprofissional. Garantia de permanência do acompanhante durante o pós-parto e outros procedimentos relacionados à humanização do atendimento (12)	equipe multiprofissional	infraestrutura mínima para serviços de atendimento obstétrico e neonatal de média complexidade	medicamentos essenciais, vacinas		exames complementares e/ou terapia e de acordo com o agravo	prontuário hospitalar, cartão da gestante (7), ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
		Avaliação diária, pela equipe multiprofissional, do projeto terapêutico individualizado com anotação em prontuário (atentar para evolução anormal no puerpério; individualizar os cuidados; considerar os riscos infecciosos e para alo-imunização Rh)	equipe multiprofissional	infraestrutura mínima para serviços de atendimento obstétrico e neonatal	medicamentos essenciais		exames complementares e/ou terapia e de acordo com o agravo	prontuário hospitalar
		Atividades educativas (6) voltadas para o puerpério e os cuidados com o RN normal ou com intercorrências; incentivo ao aleitamento materno; prevenção de distúrbios psiquiátricos (13); planejamento familiar (5) ; orientação interpartal	equipe multiprofissional	quarto em sistema de alojamento conjunto e/ou sala para atendimento grupal		Material educativo		prontuário hospitalar
		Programação de alta hospitalar, com a participação da equipe multiprofissional, com os devidos encaminhamentos para a unidade de origem ou ao serviço de referência que possa dar continuidade ao seguimento clínico	equipe multiprofissional					cartão da gestante (7), ficha de acompanhamento do pré-natal (8), relatório de encaminhamento (10), prontuário hospitalar, relatório de alta

PUÉRPERA - ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Público alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários				Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Infraestrutura mínima	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
Puérperas no pós-parto imediato e que permaneçam hospitalizadas em unidades de alta complexidade	Assistência ao binômio mãe-filho	Assistência à puérpera proveniente de uma gestação de baixo ou alto risco que por alguma intercorrência permaneça hospitalizada após o parto. Controle pós-parto imediato (diagnóstico precoce de hemorragia pós-parto); assistência médica e de enfermagem ao RN, com avaliação da vitalidade, identificação, reanimação se necessário, cuidados pós-anestésicos, incentivo à amamentação na primeira hora de vida (atenção para contra-indicações para amamentação), emissão de relatórios e registros. Atenção para evolução anormal no puerpério; individualizar os cuidados; considerar os riscos infecciosos e para alo-imunização Rh). Elaboração de um projeto terapêutico individualizado com a participação da equipe multiprofissional. Garantia de permanência do acompanhante durante o pós-parto e outros procedimentos relacionados à humanização do atendimento (12)	equipe multiprofissional	infraestrutura mínima para serviços de atendimento obstétrico e neonatal de alta complexidade	medicamentos essenciais		exames complementares e/ou terapia e de acordo com o agravo	prontuário, cartão da gestante (7), ficha de acompanhamento do pré-natal (8)
		Avaliação diária, pela equipe multiprofissional, do projeto terapêutico individualizado com anotação em prontuário (atentar para evolução anormal no puerpério; individualizar os cuidados; considerar os riscos infecciosos e para alo-imunização Rh)	equipe multiprofissional	infraestrutura mínima para serviços de atendimento obstétrico e neonatal	medicamentos essenciais		exames complementares e/ou terapia e de acordo com o agravo	prontuário hospitalar
		Atividades educativas (6) voltadas para o puerpério e os cuidados com o RN normal ou com intercorrências; incentivo ao aleitamento materno; prevenção de distúrbios psiquiátricos (13); planejamento familiar (5) ; orientação interpartal	equipe multiprofissional	quarto em sistema de alojamento conjunto e/ou sala para atendimento grupal		material educativo		prontuário hospitalar
		Programação de alta hospitalar, com a participação da equipe multiprofissional, com os devidos encaminhamentos para a unidade de origem ou para o serviço de referência que possa dar continuidade ao seguimento clínico	equipe multiprofissional					cartão da gestante (7), ficha de acompanhamento do pré-natal (8), relatório de encaminhamento (10), prontuário hospitalar, relatório de alta

Encartes



- 1 - Infraestrutura mínima nas unidades de atenção básica
- 2 - Lista de medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção pré-natal
- 3 - Calendário vacinal na gestação e puerpério
- 4 - Cronograma de solicitação de exames complementares de rotina
- 5 - Planejamento familiar
- 6 - Ações educativas: sugestões de conteúdos
- 7 - Cartão da Gestante
- 8 - Ficha de acompanhamento do pré-natal
- 9 - Classificação de Risco
- 10 - Relatório de encaminhamento
- 11 - Calendário de consultas na gestação e no puerpério
- 12 - Direitos da gestante e da puérpera
- 13 - Distúrbios psiquiátricos na gravidez



1 - Infraestrutura mínima nas unidades de atenção básica

- Na distribuição da área física disponível para uma unidade básica, devem-se considerar como itens minimamente necessários: secretaria/sala administrativa; arquivo de prontuários, registro e espera; sanitários para o público e funcionários por sexo; consultórios médicos; sala de curativos e medicação com lavatório; espaços apropriados para consulta de enfermagem e para atendimento dos demais profissionais da equipe; espaço apropriado para atividades educativas individuais ou em grupo; farmácia e depósito de material de limpeza.
- Observar a legislação vigente, em especial a RDC 50, que aborda especificamente a questão da estrutura física

Espaço	Infraestrutura
Consultório ginecológico-obstétrico	Sanitário exclusivo; pia com torneira; mesa tipo escrivaninha; cadeiras (também para o acompanhante); mesa de exame ginecológico; escada de dois degraus; foco de luz; mesa de apoio para materiais; forro para mesa ginecológica; balança para adultos (peso / altura); esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; sonar Doppler; fita métrica flexível e inelástica; luvas; espéculos; pinças de Cheron; gazes; material para coleta de exame colpo-citológico e realização do teste de Schiller; material de apoio, como lubrificantes, formulários.
Consultório odontológico	Cadeira odontológica; refletor; unidade auxiliar (cuspeadeira e sugadores); mocho; unidade com periféricos; aparelho de RX; avental de chumbo; protetor de tireóide; caneta de alta rotação; micro motor com ponta reta e contra-ângulo de baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor; pias com torneira; EPI; autoclave; formulários e fichas de atendimento.
Consultório pediátrico	Sanitário exclusivo; pia com torneira; mesa tipo escrivaninha; cadeiras (também para o acompanhante); mesa de exame; escada de dois degraus; mesa de apoio para materiais; balança pediátrica (peso / altura); balança pediátrica de mesa e antropômetro; esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; otoscópio; fita métrica flexível e inelástica; luvas; gazes; material de apoio; formulários.
Sala de vacinação	Pia com torneira paredes e piso laváveis; interruptor exclusivo para cada equipamento; bancada ou mesa para preparo; refrigerador com controle de temperatura; fichário ou arquivo mesa tipo escrivaninha; cadeiras; suporte para papel toalha; armário com porta; bandeja de aço inoxidável; tesoura reta com ponta romba; termômetro de máxima e mínima; termômetro de cabo extensor; termômetro clínico; bandeja plástica perfurada; gelo reciclável; garrafa plástica com água; caixas térmicas; álcool a 70; algodão hidrófilo; recipiente para algodão; serrinha; seringas descartáveis de 1, 2, 3, 5 e 10 ml; agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intramuscular e endovenoso; campo plástico; copo descartável; recipiente adequado para descarte de seringas e agulhas; depósito para lixo e sacos plásticos descartáveis para material comum e biológico; materiais para registro; sabão para lavagem das mãos; EPI e uniformes; formulários, fichas e carteiras de vacinação.
Espaço para coleta de exames	Mobiliário básico, com cadeiras adequadas para a coleta; materiais para identificação dos frascos; formulários; sanitário; paredes e pisos laváveis; bancadas lisas e impermeáveis; estantes/grades; materiais descartáveis para coleta/punção venosa; materiais para antissepsia; EPI e uniformes; maca e/ou cadeira reclinável; pias com torneira; recipientes adequados para resíduos; geladeira com controle de temperatura; equipamentos de acordo com a necessidade (banho-maria, centrífuga); pia de despejo; recipientes adequados para acondicionamento e transporte de amostras biológicas.
Espaço para atividades educativas (individual ou em grupo)	Mesa; cadeiras soltas; material educativo (folders, cartazes, filmes, canetas, tarjetas, papeis, fita crepe, fleep chart) e recursos audiovisuais (televisão, vídeo, DVD, som).



2 - Lista de medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção prenatal

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*	Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*
1 Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional injetável trimestral	150 mg/mL	1 ampola, 1x/trimestre, IM	D	16 Clindamicina	Vaginose bacteriana, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, corioamnionite	Cáp. 150 mg Cáp. 75 mg Sol. inj. 150 mg/mL	300-600 mg, 6-8h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias); creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)	B
2 Aciclovir	Herpes simples	Comp. 200 mg	200-400 mg, 5x/dia, VO (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência);	C	17 Cromoglicatos	Asma	Aerossol 500 mcg/dL	Solução 2%, 2 aplicações, até 6x/dia, uso nasal	B
3 Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide	Comp. 100 mg Comp. 500 mg	500 mg, 1-4x/dia, antipirético e analgésico; 100 mg, 1x/dia, profilaxia de pré-eclâmpsia	C/D	18 Diazepam	Hemorragia intracraniana, depressão, outros	Comp. 2 mg Comp. 5 mg Sol. inj. 5 mg/mL	2-10 mg, 2-4x/dia, VO	D
4 Ácido fólico	Anemia, prevenção defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Comp. 5 mg	5 mg, dose única diária, VO (anemia: até cura e durante o puerpério, prevenção de defeitos do tubo neural do período pré-concepcional até 2 semanas de gravidez)	A	19 Dimeticona	Gases	Comp. 40 mg Comp. 120 mg	40-80 mg, 4x/dia, VO	B
5 Ácido fólinico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg	1 comprimido, VO, 1x/dia, durante 3 semanas seguidas de pausa de 3 semanas (da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação)	B	20 Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol. oral 500 mg/mL Sol. inj. 500 mg/mL	500 mg, 1-4x/dia, VO	B
6 Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 mg	750 mg-2,0 g/dia, VO (na pré-concepção, na gestação e puerpério)	B	21 Eritromicina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Comp. rev. 500 mg Susp. oral 25 mg/mL	250-500 mg, 6-6h, VO (de 7 a 10 dias)	D/B
7 Aminofilina	Asma + apneia do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/mL	200-400 mg, 3-4x/dia, VO; 240-480mg, 1-2x/dia, EV (duração de uso segundo critério médico)	C	22 Espiramicina	Infecção fetal por toxoplasmose	Comp. rev. 500 mg	3,0 g/dia, VO (até o termo da gravidez)	B
8 Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Pó susp. oral 50 mg/mL	500 mg, 8-8h/dia, VO (de 7 a 10 dias)	B	23 Fenitoína	Epilepsia	Comp. 100 mg	100 mg, VO, 3x/dia	D
9 Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg	500 mg, 6-6h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias)	A	24 Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg Gts. oral 40 mg/mL Sol. inj. 100 mg/mL	100-200 mg, dose única diária, VO	D
10 Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp. 500 mg	500 mg, dose única diária, com 3 dias, ou 1,5-2,0 g em dose única, VO	C	25 Furosemida	Diurético + broncodisplasia RN + edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. inj. 10 mg/mL; Comp. 25 mg	20-80 mg, dose única diária, VO, IM ou EV	D
11 Betametasona	Aceleração da maturidade pulmonar fetal	Sol. inj. 12 mg	1 ampola, IM 24-24h (por 2 dias)	D/B	26 Gentamicina	Abortamento infectado, infecções RN, septicemia, corioamnionite, infecção puerperal	Sol. inj. 10 mg/mL e 40 mg/mL; Sol. inj. 50 mg/mL e 250 mg/mL	240 mL/dia, EV ou IM (de 7 a 10 dias)	D
12 Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg	4,5 mg/semana, VO	D	27 Gluconato de cálcio a 10%	Antídoto do sulfato de magnésio, em casos de parada respiratória, hipocalcemia RN	Sol. inj. 0,45 mEq por mL (10%)	1 ampola, dose única, bolus, EV (a critério médico)	B
13 Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/mL	200-400 mg, dose única diária, VO	D	28 Hidralazina	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20 mg/mL	1 ampola diluída em água destilada – 20 mL, administrar 5 mL da solução, EV, repetir a critério médico	C
14 Cefalosporina 1ª geração (Cefalexina)	Infecção urinária, bacteriúria	Cáp. 500 mg Susp. oral 50 mg/mL	500 mg, 4x/dia, VO (por 7 dias)	B					
15 Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxona)	Antibioticoterapia, infecção urinária, septicemia	Pó para sol. inj. 500 mg Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 250 mg	Ceftriaxona: 2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)	B					



2 - Lista de medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção prenatal

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*	Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*
29 Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg	0,5-1 g, dose única diária, IM ou EV, duração a critério médico	D/C	46 Pirimetamina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 25 mg	25 mg, 8/8h, VO (por 3 dias), seguidos de 25 mg, 12/12h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	C
30 Hidróxido de alumínio	Azia	Comp. mastigável 200 mg + 200 mg Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/mL	300-600 mg, 4-6x/dia, VO	C	47 Prednisona	Lúpus eritematoso sistêmico, asma	Comp. 5 mg Comp. 20 mg	2,5-15 mg, 2-4x/dia, VO	D/C
31 Hioscína/ butilescopolamina	Cólicas	Comp. 10 mg	10-20 mg, 3-5x/dia, VO, EV ou IM	B	48 Propranolol	Hipertensão arterial crise tireotóxica, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg	20-80 mg/dia, VO	C/D
32 Imunoglobulina humana anti-D	Profilaxia de aloimunização materno-fetal	Sol. inj. 300 mg	1 ampola na 28ª semana, IM e até 72h pós-parto, IM, se grávida Rh negativo e genitor Rh positivo	B	49 Rifampicina	Hanseníase, tuberculose	Cáp. 300 mg	600 mg, dose única diária, VO	C
33 Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. inj. 200 UI/mL	1 ampola/dia, IM, nas demais indicações de profilaxia de aloimunização 0,06 mL/kg, IM	C	50 Salbutamol	Trabalho parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/mL Aerossol 100 µg por dose Sol. inj. 500 µg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5 mg/mL	2-4 mg, 3-4x/dia, VO; broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerossol: 100-200 mcg, 4-6h	B
34 Insulina humana NPH e Regular	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/mL	NPH: 0,5 UI/kg/dia; Regular: 0,4 UI/kg/dia (adaptar segundo critério do médico)	B	51 Sulfadiazina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 500 mg	500-1.000 mg, 6-6h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	B/D
35 Lamivudina	Profilaxia infecção HIV	Comp. 150 mg Sol. oral 10 mg/mL	150 mg, 2x/dia, VO	C	52 Sulfametoxazol (SMZ) + trimetoprim (TMP)	Quimioprofilaxia para Pneumocistis carinii, antibioticoterapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/mL Susp. oral 40 + 8 mg/mL	800 mg de SMZ + 160 mg de TMP, 12-12h, VO (de 7 a 10 dias) Pneumonia por P. Carinii: 20mg/kg/dia de TMP e 100 mg/kg/dia de SMZ, 6-6h, VO (por 3 semanas)	C/D
36 Mebendazol	Helmintíase	Comp. 150 mg Susp. oral 20 mg/mL	20 mg/dia, VO (por 3 dias)	C	53 Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia (convulsão e hipertensão arterial), hipomagnesemia RN	Sol. inj. 500 mg/mL	Esquema Endovenoso Ataque: 4 g, EV, em 10 min Manutenção: 2 g/hora, EV (diluir em SG5%) Esquema Intramuscular Ataque: 4 g, EV, em 10 min + 10 g, IM (metade em cada nádega) Manutenção: 5 g, IM, a cada 4h Se nova convulsão: 2 g, EV, em 5 min	B
37 Metoprolamida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/mL Sol. inj. 5 mg/mL	10 mg, 3x/dia, VO, IM, EV ou via retal	B	54 Sulfato ferroso	Anemia	Comp. revest. 40 mg Sol. oral 25 mg/mL	250 mg, dose única, VO, (a partir da 20ª semana de gravidez até a 6ª semana pós-parto)	C/D
38 Metronidazol cp	Vaginites, infecção puerperal, septicemia, abortamento infectado	Comp. 250 mg	2 g, dose única, VO	B	55 Tiabendazol	Estrongiloidíase	Comp. 500 mg Susp. oral 50 mg/mL	50 mg/kg/dia, VO (2 dias seguidos)	C
39 Metronidazol creme vag.	Corrimentos, colpíte, abortamento infectado	Creme vag. 5% 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	B	56 Zidovudina	Terapia antirretroviral	Cáp. 100 mg	200 mg, 8-8h, VO	
40 Nelfinavir	Profilaxia infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. oral 50 mg	750 mg, 8-8h, VO	B					
41 Nifedipina	Hipertensão arterial	Comp. 20 mg	10-80 mg/dia, VO, segundo critério médico	C					
42 Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpíte	Creme vag. 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	B					
43 Nitrofurantoina	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5 mg/mL	100 mg, 6-6h, VO (por 10 dias)	B/D					
44 Paracetamol	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/mL	500 mg, 1-4x/dia, VO	B/D					
45 Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol. inj. 600.000 UI e 1.200.000 UI	Até 2,4 milhões UI, IM, com intervalo de 1 semana	B					

(*) A classificação mais adotada para classificar os fármacos quanto aos seus efeitos sobre o feto é a da Food and Drug Administration (Federal Register, nº80, 44-37434-67), que divide os medicamentos em categorias:

- A - Estudos controlados não mostraram riscos;
- B - Sem evidência de riscos em humanos;
- C - O risco não pode ser afastado, só deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico;
- D - Há evidência de risco, porém os benefícios terapêuticos heróicos da administração em grávidas, justificam a utilização;
- X - Contra-indicados na gestação.



3 - Calendário vacinal na gestação e puerpério

Planejamento da Gravidez	<p>Dupla adulto</p> <p>Hepatite B (vacina recombinante) para menores de 20 anos não vacinadas anteriormente; vacina com vírus vivo atenuado (tríplice viral), realizada preferencialmente até 30 dias antes da gestação</p>	
Período gestacional	<p>Influenza Pandêmica: indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional</p> <p>Febre Amarela: contra-indicada, salvo em situações de alto risco de exposição</p> <p>Tétano: orientar a conduta de acordo com a situação vacinal da gestante:</p>	
	<p>Situação 1: Sem nenhuma dose registrada</p>	<p>A primeira dose pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda dose, com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. A 3ª dose poderá ser aplicada após o nascimento, 6 meses após a segunda dose</p>
	<p>Situação 2: Menos de três doses</p>	<p>Completar as doses faltantes com intervalo de 2 meses (no mínimo 4 semanas)</p>
	<p>Situação 3: Três doses ou mais</p>	<p>Não é necessário vacinar</p>
	<p>Situação 4: Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos</p>	<p>Uma dose de reforço</p>
Período puerperal	<p>Vacina dupla tipo adulto: quando necessário</p> <p>Tríplice viral: quando necessário</p> <p>Tétano: Complementação do esquema vacinal, quando incompleto na gravidez</p>	



4- Cronograma de solicitação de exames complementares de rotina

Exame complementar	Planejamento da gravidez	Diagnóstico da gravidez	Início do pré-natal	14ª a 27ª semana	28ª a 30ª semana	31ª a 41ª semana	Puerpério
TIG		X Nas mulheres com amenorréia até 16 semanas, quando não for possível a realização do Beta HCG no prazo desejável ou com suspeita clínica de gravidez com TIG negativo					
Beta HCG		X Nas mulheres com amenorréia até 16 semanas. É a opção laboratorial mais precisa desde que o resultado não ultrapasse 1 semana. Após essa idade gestacional, o diagnóstico é clínico. Em algumas situações (suspeita de gestação sem atraso menstrual, possibilidade de gestação ectópica ou molar, situações de ameaça de abortamento, hipótese clínica de gestação com TIG negativo, etc.), a dosagem do β -HCG sérico pode ser solicitada.					
Hemograma	X		X		X		X se necessário
Glicemia de jejum	X Para mulheres com risco de diabetes: idade igual ou superior a 35 anos, parente de primeiro grau com diabetes e obesidade, história prévia de diabetes gestacional, macrosomia fetal ou óbito fetal de termo sem motivo esclarecido		X		X Em gestantes sem fator de risco para diabetes e se o resultado da primeira glicemia for menor que 85 mg/dL		



4- Cronograma de solicitação de exames complementares de rotina

Exame complementar	Planejamento da gravidez	Diagnóstico da gravidez	Início do pré-natal	14 ^a a 27 ^a semana	28 ^a a 30 ^a semana	31 ^a a 41 ^a semana	Puerpério
Teste de tolerância à glicose - TOTG			X Nos casos com risco para diabetes gestacional ou com glicemia de jejum inicial maior ou igual a 85mg/dl. Fatores de risco: História prévia de diabetes gestacional; diabetes na família com parentesco em 1º grau; baixa estatura (< 1,50 m); idade superior a 35 anos; obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação; síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo; uso de drogas hiperglicemiantes: corticóides, diuréticos tiazídicos; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, malformação fetal, polidrâmnio, macrosomia ou diabetes gestacional; hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.		X Nos casos solicitados no início do pré-natal (vide item anterior), com resultado normal ou apenas um valor alterado. O diagnóstico de DM é fechado com 2 valores alterados		
Tipagem sanguínea (ABO/RH)	X		X (se não realizado anteriormente)				
Pesquisa de anticorpos - Coombs Indireto para gestantes Rh negativas e parceiro Rh positivo ou desconhecido	X		X Fator RH negativo com parceiro RH positivo ou desconhecido: repetir o exame mensalmente. Administrar a imunoglobulina anti-D nas gestantes Rh negativas não sensibilizadas, nos seguintes casos: da 28 a à 34 a semana, síndromes hemorrágicas, óbito fetal, natimorto, trauma abdominal, após procedimento invasivo, parto de versão cefálica externa, transfusão incompatível.				X



4- Cronograma de solicitação de exames complementares de rotina

Exame complementar	Planejamento da gravidez	Diagnóstico da gravidez	Início do pré-natal	14 ^a a 27 ^a semana	28 ^a a 30 ^a semana	31 ^a a 41 ^a semana	Puerpério
Sorologia para Toxoplasmose (IgM e IgG)	X		X em todas as gestantes. Nas gestantes soronegativas, repetir sorologia trimestralmente. Na vigência de viragem sorológica, repetir o exame na mesma amostra. Se IgM positiva, solicitar rapidamente o teste de avididade de IgG para diagnóstico de infecção aguda (baixa avididade). Se IgM negativa e IgG positiva, gestante imune.				
Sorologia para HIV (Anti HIV 1 e 2)	X Aconselhamento pré e pós-teste		X Aconselhamento pré e pós-teste		X (sempre que possível)		X (se não realizado anteriormente)
Sorologia para Hepatite B (HBS Ag)	X Para mulheres de grupos de risco (usuária de drogas, com histórico de parceiros múltiplos, DST, antecedentes transfusionais). No caso de positividade, solicitar exames de função hepática e notificar a vigilância epidemiológica		X No caso de positividade, solicitar exames de função hepática e notificar a vigilância epidemiológica				
Sorologia para Hepatite C (Anti HCV)	X Para mulheres de grupos de risco (usuária de drogas, com histórico de parceiros múltiplos, DST, antecedentes transfusionais)						
Sorologia para Lues VDRL ou RPR; FTA Abs ou TPHA (na mesma amostra para confirmação de infecção)	X No caso de positividade, notificar a vigilância epidemiológica		X No caso de positividade, notificar a vigilância epidemiológica. Repetir o exame em caso de abortamento.		X No caso de positividade, notificar a vigilância epidemiológica	X VDRL no momento do parto; no caso de positividade, notificar a vigilância epidemiológica	X se não realizado anteriormente; no caso de positividade, notificar a vigilância epidemiológica
Urina I			X				
Urocultura com antibiograma			X		X		
Protoparasitológico			X				
Bacterioscopia de secreção vaginal			X Nos casos de gestantes com antecedente de prematuridade				



5 - Planejamento familiar

No Brasil, o direito ao planejamento familiar está garantido pela Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7 do art. 226 da Constituição Federal. Esta lei dispõe sobre as práticas do planejamento nos seguintes artigos:

“Art. 1º: O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único: É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Parágrafo 1º: É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.”

A orientação sobre Planejamento Familiar deve integrar todo e qualquer programa educativo voltado para a mulher, incluindo sempre o parceiro ou familiares e deve abranger todo o seu ciclo de vida, desde o período pré-concepcional ao puerpério. Da mesma forma, a unidade deve contar com todos os métodos anticoncepcionais disponíveis.

É fundamental que toda a equipe multiprofissional envolvida com a assistência à mulher conheça a legislação referente ao planejamento familiar, assim como as penalidades previstas na lei.



6 - Ações educativas: sugestões de conteúdos

- Importância do pré-natal;
- Atividades físicas podem proporcionar benefícios a gestação e parto. Uma boa preparação corporal e emocional ajuda a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro e ácido fólico);
- Ações educativas na área odontológica, como orientações de higiene, fatores responsáveis pela transmissibilidade de doenças, controle de hábitos deletérios, fatores de risco para cáries e doenças periodontais e auto-exame bucal;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/AIDS e aconselhamento para o teste anti-HIV e para a pesquisa da sífilis;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual, considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal e humanizado, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Orientações quanto ao direito do acompanhante em sala de parto;
- Apoio às gestantes que não puderem contar com acompanhante em sala de parto, evitando possíveis frustrações;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e apoio específico para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- 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;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Importância do planejamento familiar;
- 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);
- Relação do binômio mãe-filho; aleitamento materno; cuidados com o RN; importância do retorno pós-parto na unidade básica para a mãe e o RN; prática de mãe expectante e mãe executante durante o período de internação no alojamento conjunto; orientação adequada segundo protocolos nos casos de intercorrências com o RN ou com a mãe; incentivo à prática da técnica de mãe/pai canguru e alojamento conjunto como forma de fortalecer o vínculo e o ganho de peso para os RN de baixo peso (tais ações devem se realizadas durante o período de internação para o parto);
- Como parte do programa educativo, é imprescindível que a unidade organize visitas ao local do parto, valorizando que a mulher e familiares esclareçam dúvidas e tenham acesso ao seu plano de parto.



9 - Classificação de Risco

Definição:

- Gestação de risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do RN têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (Caldeyro-Barcia, 1973).
- Fatores de risco gestacional são características, situações ou patologias que levam a uma maior probabilidade de complicações e, como consequência, um maior risco de a mulher e/ou o feto evoluírem para óbito.

Orientações básicas:

- Apesar de inúmeras tentativas, não há ainda um protocolo de risco que seja capaz de prever problemas de forma segura e acurada;
- Diferentes fatores de risco já estão descritos e devem servir como orientadores para as equipes no sentido de monitoramento da gestante, de modo a permitir a identificação precoce de um agravo e a consequente intervenção;
- É indispensável a avaliação dinâmica dos fatores de risco e da ocorrência de agravos. A classificação de risco deve, portanto, ser revista a cada consulta;
- A atuação da equipe multiprofissional de forma integrada e coesa é fundamental para a detecção dos fatores de risco e dos possíveis agravos;
- A presença de um ou mais fatores de risco não significa obrigatoriamente a necessidade de utilização de tecnologia mais complexa e, conseqüentemente, o encaminhamento para uma unidade de atenção especializada, podendo a gestante permanecer na atenção básica sempre que devidamente monitorada;
- Intervenções familiares ou ações educativas podem ter um impacto positivo bastante significativo no atendimento de gestantes de risco;
- As equipes das unidades básicas devem estar preparadas para receber gestantes de risco e prestar um primeiro atendimento, antes do encaminhamento para unidades de referência;
- Mesmo encaminhada para outra unidade para acompanhamento clínico, a unidade básica não deve perder seu vínculo com a gestante, o que será garantido por ações de vigilância, instrumentos de referência-contrarreferência e programas educativos pelos quais a gestante permaneça em contato com a unidade de origem;
- A gestante deve ser orientada quanto à unidade de referência que deverá recorrer em caso de intercorrência ou de início do trabalho de parto;
- A atenção da gestante que apresente alguma das condições descritas no quadro a seguir, deve ser orientada por linhas de cuidado específicas.

Algumas situações que podem representar risco e, portanto, necessidade de consulta com especialista e encaminhamento ao pré-natal de alto risco

1. Características pessoais e sócio-demográficas:

- Altura menor que 1,45 m;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Analfabetismo funcional;
- Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Transtorno mental;
- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Situação afetiva conflituosa;
- Suporte familiar ou social inadequado;
- Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Violência doméstica.

2. Antecedentes obstétricos:

- Abortamento habitual;
- Cirurgia uterina anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Macrossomia fetal;
- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Síndromes hemorrágicas.

3. Morbidades:

- Aneurismas;
- Aterosclerose;
- Alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico;
- Câncer;
- Cardiopatias;
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Epilepsia;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial (classificar em leve, moderada ou grave) e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Infecção urinária;
- Nefropatias;
- Pneumopatias;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Trauma;
- Tromboembolismo.

4. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Aloimunização;
- Amniorrexe prematura;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Ganho ponderal inadequado;
- Hidropsia fetal;
- Malformações fetais;
- Óbito fetal;
- Síndromes hemorrágicas;
- Síndromes hipertensivas;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.



10 - Relatório de Encaminhamento

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Encaminhamento

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Contato feito com: _____

Nome da paciente: _____ Idade: _____

Diagnósticos:

Resumo de história clínica:

Principais exames complementares:

Tratamentos realizados:

Responsável pelo encaminhamento:

(nome/carimbo)

AVALIAÇÃO/CONDUTA NA REFERÊNCIA:

Responsável pela avaliação:

(nome/carimbo)

Contato: _____

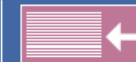


11 - Calendário de consultas na gestação e no puerpério

Normas e recomendações

O calendário de consultas deve seguir as recomendações que seguem, valorizando a realização de pelo menos seis consultas, com início mais precoce possível e distribuídas ao longo da gravidez:

- Considerando o risco perinatal e o maior número de intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no terceiro trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de gestação, com encaminhamento para a maternidade de referência para a interrupção da gravidez caso o trabalho de parto não se inicie até a 41ª. semana;
- Para gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequado a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;
- A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;
- Retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina;
- A primeira consulta deve ser realizada preferencialmente pelo médico e voltada à avaliação inicial do risco gestacional;
- As consultas subseqüentes, desde que sejam de rotina e em gestantes de baixo risco, podem ser realizadas alternadamente pelo médico e pelo enfermeiro, de acordo com a Lei de Exercício de Enfermagem – Decreto n° 94.406/87;
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços, devendo para isso ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas;
- Recomenda-se visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências;
- A visita domiciliar para a puérpera é mandatória e deverá ser realizada entre 7 a 10 dias (3 dias quando se tratar de RN de risco), devendo a gestante retornar ao serviço de saúde entre 7 a 10 dias;
- A consulta subsequente deverá ser agendada entre 42 a 60 dias, para as mães que estão amamentando, e entre 30 a 42 dias para as que não estão amamentando.



12 - Direitos da gestante e da puérpera

A inclusão dos direitos legais da gestante e da puérpera no âmbito das ações educativas tem como principal finalidade transmitir à mulher e/ou ao casal o entendimento de que a responsabilidade pela evolução satisfatória da gravidez e do puerpério não é apenas da família, mas de toda a sociedade. No caso específico da gestante adolescente, deve-se sempre levar em consideração o *Estatuto da Criança e do Adolescente* – Lei nº 8.069/90

Período	Área de direito	Garantias
Gestacional	Social	Atendimento prioritário em caixas especiais, na fila de bancos, supermercados, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial
	Trabalhista	Os direitos trabalhistas das gestantes regulamentam sua relação com o patrão ou com a empresa na qual ela está empregada, garantindo a proteção do emprego. Enquanto estiver grávida, é assegurada à mulher estabilidade no emprego, o que significa que ela não pode ser dispensada do trabalho (art. 391 da CLT - <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i> , aprovada pelo Decreto - Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943). A gestante tem o direito de ser dispensada do horário de trabalho para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. Também tem o direito de mudar de função ou setor no seu trabalho e ser recolocada na mesma função ao término da licença (Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999, incluída na CLT – <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i>)
	Assistencial	A gestante tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro -2007). No momento do trabalho de parto, parto e pós-parto, a gestante tem direito a um acompanhante: companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa (Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005).
	Educacional	O Decreto-Lei n.º 1.044, de 21 de outubro 1969, instituiu o chamado "regime de exceção", destinado àqueles alunos merecedores de tratamento excepcional, atribuindo a esses estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da respectiva escola. Por sua vez, a Lei n.º 6.202/75 estendeu esse regime às estudantes em fase de gestação, estabelecendo: "Art.1º. A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969."
Pós-parto (até os 6 meses)	Familiar	O companheiro tem direito a licença-paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê (Art. 7º da <i>Constituição Federal</i>)
	Cuidados com o RN e aleitamento	A gestante tem o direito à licença-maternidade de 120 dias, com o pagamento do salário integral e benefícios legais a partir do oitavo mês de gestação (LEI nº 10.421 de 15 de abril de 2002, art. 392 da CLT). A duração da licença maternidade foi ampliada por 60 dias, desde que a empresa onde a gestante trabalhe faça parte do Programa Empresa Cidadã (Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008). A Lei n.º 10.421, de 15 de abril de 2002, acrescentou à CLT o art. 392-A, estendendo o benefício da licença-maternidade às mães adotivas e àquelas que obtiverem guarda judicial para fins de adoção
	Aleitamento	A mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho duas vezes ao dia, por pelo menos 30 minutos, para amamentar, até o bebê completar seis meses (Art. 396 da <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i>). É admissível que os intervalos sejam unidos, para que a mulher que esteja amamentando possa chegar uma hora mais tarde ou sair uma hora mais cedo. (art. 396 da CLT).

13 - Distúrbios psiquiátricos na gravidez

O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade para a prevenção, detecção e tratamento de patologias na área da Saúde Mental, pregressas ou instaladas após o início da gestação. Fatores de riscos: exposição a substâncias psicoativas, desnutrição, infecções, abandono, relações familiares ou profissionais conflitantes, experiências adversas, dificuldades sócio-econômicas. O parto deve ser considerado como um fator de stress.

Quando realizado o acolhimento e acompanhamento da gestante e alta no puerpério imediato ou no seguimento pós parto, a equipe deve estar particularmente atenta para alguns detalhes que podem auxiliar na detecção de distúrbios mentais, como: orientação/ nível de consciência, interação, memória, aparência geral, linguagem, estado emocional, atividade psicomotora, pensamento (agressividade, conteúdo, velocidade, obsessões, preocupações).

Os transtornos mentais relacionados à gestação e parto podem ser classificados em:

Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues: manifestação mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade. A equipe deve fornecer apoio à mulher e monitorar a evolução do quadro.

Depressão pós-parto: menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas. Os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê, humor deprimido, redução da autoconfiança e auto-estima, pessimismo, ansiedade e choro fácil, necessitando de abordagem multiprofissional e interconsulta com psiquiatra e/ou psicólogo;

Psicose puerperal: manifestação mais rara, ocorre entre 1,1 e 4 puérperas para cada 1.000 nascimentos. O início é abrupto e os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, ou seja, quando a puérpera já se encontra fora da maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem seus filhos; estado confusional e comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê, e é necessário que se proceda o encaminhamento para especialista em saúde mental.