

NOTA TÉCNICA Nº 39/2019

Recife, 04 de Outubro de 2019.

Assunto: Recomendações sobre Boas Práticas na Atenção ao Puerpério e ao Recém-nascido.

Considerando que a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher (GEASM) do Estado de Pernambuco realiza ações nos programas que fazem parte da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher como: A Humanização do Pré-natal e Nascimento; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência; Qualificação da Assistência à Gestação de Alto Risco; Implantação de Comitês Regionais de Estudos da Mortalidade Materna; Fortalecimento do Programa Estadual de Partejas Tradicionais; Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama.

Considerando a Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu Anexo II que institui a Rede Cegonha, visando implantar uma rede de cuidados assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Considerando que dentre os objetivos da Rede Cegonha consta “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, puerpério, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”.

Considerando os objetivos do Programa Mãe Coruja de “articular, formular, executar e monitorar ações que promovam a redução da morbimortalidade materna e infantil no Estado de Pernambuco” e “qualificar a atenção integral e humanizada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal”.

Considerando a Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, tendo a territorialização com uma das diretrizes, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele;

Considerando que os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na

Atenção Básica, de forma que atendam as necessidades da população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

Considerando o quantitativo de onze óbitos maternos no puerpério (entre 10 e 40 dias) no ano de 2018 (SIM e Sinasc/GVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE, dados obtidos em 23/07/2019 sujeitos à alteração);

Considerando a análise de registros de consultas puerperais por município no e-SUS apontar um número abaixo do esperado quando comparado ao número de nascidos vivos;

A GEASM, Gerência de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (GEASC), Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária (GEQAP), Programa Mãe Coruja Pernambucana, Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha e convidados elaboraram a presente Nota Técnica como parte integrante do Programa de Educação Permanente com o objetivo de subsidiar a equipe multiprofissional da Atenção Básica do Estado de Pernambuco em suas práticas assistenciais no puerpério de acordo com as Diretrizes Mundiais e Nacionais de Boas Práticas no Parto e Nascimento.

Desde já, agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos.

Atenciosamente,



Leticia Katz

Gerência de Atenção à Saúde da Mulher – GEASM

BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO E AO RECÉM-NASCIDO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi – CEP: 50751-530 Recife – Pernambuco.

Fone: (081) 3184 - 0569 / 0607

E-mail: smulherpe@gmail.com

No planejamento das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto. O puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível). A baixa ocorrência de revisão puerperal, além de estar associada a uma maior morbimortalidade materna e infantil, aumenta as chances de desistência da amamentação e a não utilização de métodos contraceptivos. Embora a cobertura pré-natal no Brasil esteja aumentando, a cobertura puerperal ainda exige mais atenção, evidenciando a importância da revisão pós-parto atrelada ao registro da consulta nos sistemas de informação (e-SUS/SIA), no campo Problema/Condição avaliada, item Puerpério (até 42 dias).

Esse retorno precoce pode ser concretizado com: agendamento do primeiro atendimento na AB antes do momento da alta da maternidade; realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco); e agendamento de consulta do puerpério tardio até 45 dias após o parto. O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher.

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-nascidos. Os profissionais da Atenção Básica (AB) devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social. Além disso, devem utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase. Diante disto, nesta Nota Técnica exploram-se algumas recomendações acerca da assistência puerperal e aos recém-nascidos.

1. RECOMENDAÇÕES PARA A CONSULTA PUERPERAL E DO RECÉM-NASCIDO

1.1 Acolhimento com escuta qualificada

Verificar o Cartão da Gestante e questionar sobre:

- As condições da gestação;
- As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Os dados do parto (data; tipo de parto e se cesariana, qual indicação para este procedimento);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, isoimunização Rh);
- Se a gestante recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou parto;

- O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, antibióticos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, outros);
- As condições de alta da mulher, caso tenha apresentado alguma condição clínica como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, anemia importante, entre outras, verificar se a mesma está de posse de receituário médico e retorno ambulatorial;
- Orientar sobre a importância do retorno ao especialista para o seguimento do quadro clínico e prevenção de agravos;
- 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 reprodutivo (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).
- Caso o município possua o Programa Mãe Coruja (PMC) implantado tanto a atenção primária como o PMC podem compartilhar informações, participarem juntos de visita domiciliar à mulher no puerpério e trabalharem em conjunto em todo o ciclo gravídico.

1.2 Avaliação clínico-ginecológica

- Estado psíquico: não 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;
- Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio:
 - a) Avaliar mamas e mamilos, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
 - b) Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória, se cesariana);
 - c) Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações e/ou episiorrafia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível).
- Pressão arterial (PA) e pulso: a avaliação do pulso é um parâmetro importante como um sinal de alerta para síndromes hipertensivas e hemorragia pós-parto (perda

sanguínea súbita e profusa/ persistentemente aumentada ou perda sanguínea de qualquer intensidade) acompanhada de fraqueza, tontura ou palpitação, taquicardia;

- Temperatura: fique atento a algum sinal de alerta para sepse ou febre persistente (2 medidas com 4-6 h 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 associado a dor unilateral na panturrilha ou hiperemia. Mulheres obesas são mais propensas a eventos tromboembólicos e devem receber atenção especial.

1.3 Ações relacionadas ao Recém-nascido

No conjunto de ações destinadas à assistência puerperal cabe também atenção especial ao recém-nascido.

1.3.1 Caderneta de Saúde da Criança

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, solicitar à Secretaria Municipal de Saúde. Importante informar à gestão imediata em qual maternidade a criança nasceu viabilizando articulação para identificar a causa e fortalecer a importância desse direito para acompanhamento da saúde da criança;
- Caso a Caderneta de Saúde da Criança não esteja preenchida, verifique se a mãe está de posse de um resumo de alta da criança ou alguma documentação que informe o peso de nascimento, comprimento, idade gestacional e condições de nascimento incluindo a Índice de Apgar e registre tais informações na mesma;
- Verificar se foi realizado o teste do pezinho (triagem neonatal biológica); se realizado, solicitar o resultado e registrar na caderneta de saúde da criança. Se o resultado for sugestivo para alguma doença triada, verificar se há confirmação diagnóstica e se iniciou o tratamento;
- Caso a criança não tenha realizado o teste do pezinho, orientar e encaminhar imediatamente para um ponto de coleta; Cabe destacar que o período ideal de coleta da primeira amostra deverá ser entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê, considerando uma exceção toda coleta realizada após o 28º dia de vida;

- Verificar se a criança já realizou as demais triagens neonatais (ocular e auditiva); caso não tenham realizado, nem possua agendamento, proceder à regulação da consulta.

1.3.2 Avaliação do Recém-nascido

- Verificar as condições de alta do RN;
- Identificar o RN de risco; o crescimento e desenvolvimento devem ser acompanhados de acordo com o Monitoramento Estadual da Criança de Risco durante o primeiro ano de vida;
- Verificar se foram aplicadas, ainda na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B nos RNs. Caso não tenham sido, aplique-as na unidade e registre-as no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança;
- Observar o RN em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, o aleitamento materno, eliminações e questione sobre a ocorrência de problemas após a alta hospitalar;
- Realizar o exame físico completo observando 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;
- Agendar 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; se a criança tiver algum critério de risco para ser monitorada, deve ser acompanhada mensalmente no primeiro ano de vida.

1.4 Amamentação

Cabe aos profissionais de saúde garantir à mulher e sua família uma escuta ativa, para sanar suas dúvidas, entendê-las e esclarecer possíveis crenças e tabus, de modo a favorecer o sucesso do aleitamento materno e tornar a amamentação um ato de prazer.

- Observar e avaliar a mamada, a fim de garantir o adequado posicionamento e pega, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade;
- Orientar sobre a importância 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;

1.4.1 Intercorrências no aleitamento materno

Quadro 1 – Recomendações para as intercorrências do puerpério

Intercorrências	Recomendações*
Trauma mamilar e Dor nos mamilos	<p>O trauma mamilar é caracterizado como uma solução de continuidade e/ou alteração do tecido mamilar, causado geralmente pela aplicação de força inadequada, podendo aparecer rachaduras e feridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar que a amamentação seja iniciada pela mama menos afetada; • Proceder a uma pequena ordenha antes da mamada, para assegurar que a mama, e, principalmente a região da aréola esteja macia, além de ajudar a desencadear o reflexo de ejeção de leite, provocando dessa maneira um menor esforço durante a sucção da criança; • Orientar a variação das posições durante a amamentação para que haja redução da pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas; • Restringir o uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool, pomadas, outros; • Utilizar analgésicos sistêmicos por via oral, se necessário.
Ingurgitamento mamário	<p>O ingurgitamento mamário ocorre devido congestão e obstrução do sistema de drenagem linfática das mamas. A mama afetada apresenta-se edemaciada, com eritema, rubor e dolorosa à palpação, ocasionando mal-estar e às vezes febre (não muito alta) na mãe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar ordenha manual da mama, se estiver tensa, antes da mamada, para que fique macia, facilitando a pega adequada do bebê; • Orientar a realização de massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, principalmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; • Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos (livre demanda); Orientar sobre a importância de o bebê esvaziar uma das mamas já que o leite do final da mamada contém maior quantidade de gordura, favorecendo o ganho de peso e da saciedade; • Uso de sutiã com alças largas e firmes; Utilização de analgésicos sistêmicos por via oral, se necessário;

Mastite	<p>Trata-se de uma condição geralmente caracterizada por inflamação focal (mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada), com sintomas sistêmicos como: febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não suspender o aleitamento materno; • Esvaziar adequadamente as mamas. Caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual; • Oferecer suporte emocional; • Orientar sobre a importância do repouso e uso de líquidos abundantes; • Se houver dor ou febre, oriente-a quanto ao uso de analgésicos sistêmicos de via oral. <p>Opções terapêuticas (antibioticoterapia):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalexina, 500mg, VO, 6/6 horas – 10 dias; (primeira linha); • Amoxicilina, 500mg, VO, 8/8 horas – 10 dias; • Amoxicilina + ácido clavulânico (500mg/125mg), VO, 8/8 horas – 10 dias; • Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos.
Abscesso mamário	<p>A mulher poderá apresentar dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas de vermelhidão com flutuação à palpação e até septicemia. De um modo geral, o abscesso mamário é a evolução da mastite infecciosa não diagnosticada e/ou tratada inadequadamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer precocemente os sinais de alerta; • Orientar que a amamentação seja mantida na mama sadia; • Orientar sobre a interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia; • Drenagem cirúrgica do abscesso mamário; • Esvaziamento da mama afetada, regularmente.

Fonte: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Brasil 2016.

*Após identificação e/ou intervenção reavaliar em até 48 horas.

1.5 Orientações adicionais

- Sexualidade: orientar sobre o retorno às atividades sexuais respeitando o desejo da mulher;
- Esclarecer as puérperas sobre o período preconizado para o reestabelecimento do ato sexual com penetração: nos casos de parto transpélvico sem episiorrafia poderá ser restabelecido por volta de 20 dias e nos casos de parto transpélvico com episiorrafia e cesarianas por volta de 40 dias;
- Orientar sobre a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/AIDS) e planejamento reprodutivo (de acordo com a

vontade da mulher/do casal), informando os métodos anticoncepcionais que podem ser utilizados no pós-parto;

- Esclarecer sobre os pontos cirúrgicos em cicatrizes de cesarianas, lembrando que o fechamento da pele é frequentemente feito com fio tipo nylon, que requer a retirada dos pontos entre o 7º e 10º dia pós-operatório;
- Esclarecer que na episiorrafia, pode-se usar também a sutura intradérmica com fios delicados que são absorvíveis em cerca de 20 dias, portanto, não são retirados;
- Orientar higiene adequada destas cicatrizes (cesariana e episiorrafia);
- Dispositivo Intrauterino (DIU) pós-parto e pós-abortamento: em caso de inserção de DIU pós-parto ou pós-abortamento, orientar para não puxar o fio visível exteriorizando a vulva e encaminhar para corte do excesso do fio após 42 dias do procedimento;
- Orientar a revisão periódica do DIU.

2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS NO PUERPÉRIO

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

2.1 Planejamento Reprodutivo

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. Deve se esclarecer que a amamentação não garante a contracepção. A escolha do método deve ser sempre personalizada. O uso da camisinha deve ser indicado independente da escolha do método para prevenção de ISTs.

Nos casos de pós-abortamento, as mulheres devem ser acolhidas e receber orientação anticoncepcional. A equipe de saúde deverá orientar sobre a disponibilidade de métodos eficazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada. Sabe-se que o risco de ter novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente.

2.2 Imunização

O ciclo gravídico-puerperal é uma situação peculiar no que se refere à imunização: a melhor forma de proteger o binômio mãe/feto e/ou mãe/bebê é tomar atitudes adequadas na adolescência, muito antes da fecundação. O puerpério é um excelente momento para atualização do calendário vacinal da mulher, propiciando imunidade contra várias doenças imunopreveníveis. Veja a seguir as vacinas recomendadas durante a gestação/puerpério:

- Vacina dupla tipo adulto: quando necessário;
- Tríplice viral: quando necessário;
- dT (quando necessário complementar esquema) / dTpa (em toda gestação);
- Hepatite B (caso não completou esquema na gestação, terminar no puerpério);
- Influenza (caso não tenha tomado no período gestacional, tomar no puerpério);
- Tríplice viral (somente no puerpério se necessário);

2.3 Medicamentos

Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto. Caso ocorram complicações, a prescrição farmacológica deve ser feita de acordo com o quadro clínico apresentado.

3. MANEJO DOS PROBLEMAS PUERPERAIS QUE MERECEM ATENÇÃO

Quadro 2 – Manejo das principais situações clínicas no puerpério

Problemas puerperais	Recomendações
Permitem manejo na Unidade Básica de Saúde (UBS)	
Incontinência urinária e/ou fecal	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar durante anamnese o documento de registro de alta hospitalar da maternidade (deve conter tipo de parto, tempo de bolsa rota, se ocorreu trabalho de parto prolongado, intercorrências como lacerações de terceiro ou quarto grau e procedimentos realizados tais como: uso de fórceps, extração a vácuo, etc); • Solicitar avaliação do profissional fisioterapeuta para que ele oriente exercício para fortalecer o assoalho pélvico (método efetivo 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.
Cefaléia	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar história pregressa de pré-eclâmpsia se associada à hipertensão crônica e proteinúria. Em mulheres normotensas, investigar passado de cefaléia tensional, migrânea e ou cefaleia pós-punção lombar;

	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Constipação intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar dieta rica em fibras e alimentos laxativos, averiguar a ingestão de líquidos, orientando a adequação necessária; • Nos casos em que as orientações nutricionais não resolvam, prescrever uso de fármacos laxativos estimulantes.
Dor perineal	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar região perineal com intuito de identificar: sinais de IST, deiscência de sutura, prolapso hemorroidal/fecal, sinais flogísticos, hematomas e/ou lacerações; • Em caso de dor, edema e/ou hematoma em região perineal: orientar aplicação de compressas frias, analgesia oral (fármaco de 1ª escolha – paracetamol), em caso de dor persistente é indicado prescrever anti-inflamatório não esteróide (AINE); • Orientar sobre medidas básicas de higiene da região perineal.
Dispareunia	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame perineal à procura de lesões traumáticas, lacerações ou complicações relacionadas à linha de sutura perineal; • Diante da presença de edema, orientar a mulher sobre reversão deste sintoma em até 25 dias pós-parto. • Indicar o uso de lubrificantes vaginais à base de água sob a forma de gel (recomendar para mulheres que estão amamentando); • Avaliar possíveis causas de distúrbios psíquicos provocados por ansiedade ou stress pós-parto, avaliar possibilidade de violência sexual.
Necessitam de encaminhamento para atendimento de emergência	
Hipertensão crônica, gestacional, PE ou PE superposta.	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta: Pressão arterial diastólica (PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 110mmHg e acompanhada por sinais/sintomas de emergência hipertensiva (dor torácica, dispneia, sinais neurológicos, presença de edema generalizado desproporcional) ou PA \geq 180 x 120 mmHg.
Hemorragia pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta: perda sanguínea súbita e profusa ou persistentemente aumentada. Perda sanguínea de qualquer intensidade acompanhada de fraqueza, tontura ou palpitação/taquicardia; • Considerações: o diagnóstico deve ser considerado com qualquer perda de sangue que afete o balanço hemodinâmico da mulher.
Tromboembolismo	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta: dor unilateral na panturrilha, hiperemia ou edema, dispneia ou dor no peito;

	<ul style="list-style-type: none"> • Considerações: mulheres obesas são mais propensas a eventos tromboembólicos e devem receber atenção especial.
Sepse	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta: febre persistente (2 medidas com 4-6h de intervalo) ou acompanhada de: calafrios, dor abdominal, subinvolução uterina e/ou importante perda sanguínea vaginal.

Fonte: Gestação de alto risco: manual técnico. BRASIL, 2012.

3.1 CONDUÇÃO NO PUERPÉRIO DE PATOLOGIAS DESCOBERTAS NA GESTAÇÃO

3.1.1 Hipertensão arterial (Hipertensão crônica, gestacional, PE ou PE superposta)

- Alta hospitalar nas puérperas com pelo menos 24h de PAS < 160 mmHg / PAD < 110 mmHg;
- Pacientes com hipertensão gestacional ou PE que cursam com hipertensão leve a moderada (de PAS < 160 mmHg / PAD < 110 mmHg) podem ser mantidas sem medicação anti-hipertensiva visto que a tendência de normalização da PA é em até 7 dias.
- Nas hipertensas crônicas, se usava previamente medicação, retornar as que utilizava antes da gestação, desde que compatíveis com o aleitamento.
- Por conta das rápidas modificações de volemia e hormonais que ocorrem após o parto, as pacientes devem idealmente ser avaliadas por médico (cardiologista ou clínico) nas primeiras 2 semanas do puerpério.
- Nos primeiros dias do puerpério há ainda o risco potencial de eclâmpsia (convulsões), nestas pacientes a presença de sinais neurológicos (torpor, sonolência, cefaléia, escotomas, tontura, náuseas e vômitos – eminência de eclâmpsia) merece reavaliação em ambiente hospitalar.
- Pacientes com pressões arteriais entre 140 x 90 e 160 x 110mmHg necessitam reajuste de medicação sem urgência a nível ambulatorial.
- Pacientes com Pressão arterial entre 160 x 110 mmHg e 180 x 120 mmHg sem sinais/sintomas de emergência hipertensiva (dor torácica, dispnéia, sinais neurológicos, presença de edema generalizado desproporcional) podem ser avaliadas de forma ambulatorial, desde que com brevidade.
- Pacientes com PA ≥ 160 x 110mmHg com sinais/sintomas de emergência hipertensiva (dor torácica, dispneia, sinais neurológicos, presença de edema generalizado desproporcional) ou PA ≥ 180 x 120 mmHg necessitam tratamento da pressão arterial em ambiente hospitalar (emergência hipertensiva).
- As pacientes que não normalizam a pressão arterial até 6 semanas do puerpério são classificadas como hipertensas crônicas e devem seguir o fluxo normal de pacientes hipertensas na rede de assistência.
- A tabela 01 mostra as drogas e sua relação com o aleitamento, dar preferência aos IE-CAs (enalapril / captopril), bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina), diuréticos

(hidroclorotiazida / furosemida) e betabloqueadores (metoprolol / propranolol), se possível, nessa ordem sequencial.

Tabela 1. Drogas e sua relação com o aleitamento

Drogas	Eliminação no leite	Aleitamento
Nifedipina	Pouca excreção	Permitido sem restrição
Anlodipino	Estudos insuficientes	Incerto (usar outra droga)
Diltiazem, verapamil	Estudos insuficientes	Incerto (usar outra droga)
Clonidina	Excreção aumentada	Evitar
Enalapril, Captopril	Muito pouca excreção	Permitido sem restrição
Lisinopril, ramipril	Estudos insuficientes	Incerto (usar outra droga)
Losartana, Valsartana, Candesartana, Olmesartana, Telmisartana (BRAs)	Estudos insuficientes	Incerto (usar outra droga)
Hidroclorotiazida	Pouca excreção	Usar dose baixa (< 50mg)
Clortalidona	Pouca excreção	Eliminação lenta no RN – evitar
Furosemida	Estudos insuficientes	pode diminuir o leite
Espironolactona	Pouca excreção	Permitido sem restrição
Atenolol	Excreção aumentada	Evitar
Metoprolol	Pouca excreção	Permitido
Carvediolol	Estudos insuficientes	Incerto
Propranolol	Pouca excreção	Permitido
Bisoprolol	Estudos insuficientes	Incerto (usar outra droga)
Hidralazina	Pouca excreção	Permitido sem restrição
Metildopa	Pouca excreção	Permitido sem restrição

3.1.2 Cardiopatias

- As pacientes portadoras de cardiopatias são um grupo muito variado, desde cardiopatias simples como Comunicação Interatrial (CIA)/Comunicação interventricular (CIV) sem repercussão, até valvulopatias graves, insuficiência cardíaca e pacientes cianóticas. Abordaremos as recomendações de uma forma geral tentando englobar por sintomas de alerta.

Recomendações para puérperas ainda internadas:

- As pacientes cardiopatas tendem a ter internação prolongada, doenças potencialmente trombogênicas e permanecerem por tempo acima do esperado, assim o cuidado com a profilaxia para Tromboembolia Venosa (TEV) (Heparina de baixo peso molecular – HBPM ou Heparina não fracionada – HNF) é fundamental;
- Cuidados com infecção e anemia grave (sangramento) que podem descompensar estas pacientes;
- Antes da alta deve ser orientado o melhor método contraceptivo (anticoncepção oral, DIU ou esterilização definitiva) e realizado planejamento familiar;
- Alta hospitalar após estabilização clínica e já referenciadas para ambulatório especializado de cardiologia para, se possível, nas próximas 2 semanas.

Recomendações após a alta (sinais / sintomas de alerta):

- Pacientes puérperas cardiopatas que apresentem dispneia desproporcional ao esforço, edema progressivo e generalizado, episódios de dor torácica, desmaios, crises de cianose ou de taquicardia, devem ser reavaliadas em ambiente hospitalar por médico cardiologista;
- No seguimento ambulatorial se assegurar do uso correto das medicações prescritas na alta;
- As pacientes mais graves e complexas nas primeiras 6 semanas, sempre que possível, devem ser acompanhadas por cardiologista com experiência no tratamento de gestantes cardiopatas. Pacientes acompanhadas em ambulatórios específicos (válvula/hipertensão pulmonar/cardiopatia congênita do adulto) devem retornar seu seguimento após o puerpério.

3.1.3 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Vírus T- linfotrópico humano (HTLV)

Recomenda-se que toda puérpera vivendo com HIV/aids seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até completar seis meses de idade. Se a criança for exposta à amamentação por mulher infectada pelo HIV, deve-se orientar a interrupção imediata da amamentação e avaliação quanto à necessidade de realização de PEP (Profilaxia Pós-exposição ao HIV), simultaneamente à investigação diagnóstica. A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1mg VO, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg VO), administrada antes da alta hospitalar.

A quimioprofilaxia para o HIV do RN exposto, com ARV deverá ser oferecido a todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV, como uma das medidas de profilaxia para TV. O RN deve receber AZT solução oral, preferencialmente ainda em sala de parto, logo após os cuidados imediatos e deve se manter o tratamento durante as primeiras quatro

semanas de vida. A indicação da quimioprofilaxia após 48 horas de vida deverá ser discutida caso a caso, preferencialmente com o médico especialista.

É necessário considerar que mulheres que não amamentam tendem a ter um período menor de amenorréia, podendo voltar a ovular a partir de quatro semanas após o parto. Assim, considerando os direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, estas (bem como suas parcerias sexuais) devem ser acompanhadas nas ações de saúde sexual e planejamento reprodutivo, para que façam escolhas de forma consciente e segura.

A puérpera deverá ser orientada quanto à importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como sobre o seguimento da criança até a definição de situação imunológica. É muito comum, após o parto, haver diminuição da adesão da mulher ao tratamento, principalmente o não comparecimento a consultas agendadas em serviço de referência para HIV, quando o diagnóstico é feito na maternidade. O comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando-se mão de busca ativa, se necessário.

O acompanhamento da criança exposta ao HIV deve ser mensal nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do 1º ano de vida. A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar déficits. As crianças expostas ao HIV e não infectadas tendem a apresentar mais infecções bacterianas e quadros mais graves, se comparadas a crianças não expostas ao HIV. Por conta da diminuição dos níveis de anticorpos maternos, transferida via placentária.

Para mais informações sobre como realizar a investigação diagnóstica da criança exposta ao HIV e indicações de PEP, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes” e o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais”, disponíveis em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

- A equipe de saúde deverá oferecer apoio psicológico e social, especialmente para as mulheres que tiveram seu diagnóstico de infecção pelo HIV/HTLV no momento do parto;
- O profissional de saúde deverá avaliar se a puérpera fez o uso de fármacos supressores da lactação e se recebeu orientações sobre a impossibilidade de amamentação;
- Ressaltar a essas mulheres sobre as causas para não possibilidade de amamentar e oriente-as sobre as técnicas comportamentais de inibição da lactação;
- Questionar às puérperas conhecidamente com HIV/HTLV, bem como àquelas que tiveram seu diagnóstico no momento do parto, sobre uso de terapia antirretroviral (ARTV);
- Orientar sobre a importância da tomada dos medicamentos em horários regulares;
- Certificar-se de que a puérpera e seu RN possuem agendamento de consulta para serviço de referência para HIV/AIDS para acompanhamento da exposição ao HIV e

orienta-a sobre a importância das consultas.

3.1.4 Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

- Observar os níveis de glicemia nos primeiros dias após o parto, pois a maior parte das mulheres com diabetes gestacional não requer mais o uso de insulina. Seu uso estará indicado caso permaneça a hiperglicemia no período pós-parto;
- É fundamental a orientação de retorno para avaliação a partir de seis semanas após o parto, para que o estado de regulação da glicose seja reavaliado empregando-se o teste oral de tolerância com 75g de glicose (TOTG 75). Cerca de 40% das mulheres que apresentam diagnóstico de diabetes gestacional se tornarão diabéticas em até 10 anos após o parto e algumas ficarão diabéticas após a gestação vigente. Daí a necessidade de acompanhar estas mulheres com estudo da glicemia de jejum anual pelo resto da vida ou até a confirmação do diagnóstico;
- Não se deve solicitar dosagem de hemoglobina glicada (HbA1c) no pós-parto, pois esse exame não está validado para o diagnóstico de diabetes no puerpério. Caso o TOTG com 75g de glicose ou a glicemia de jejum sejam normais, a paciente deverá ser avaliada anualmente por meio de glicemia de jejum e/ou TOTG com 75g de glicose ou pela medida da HbA1c;
- As taxas de avaliação do estado glicêmico pós-parto (reclassificação) de mulheres que tiveram DMG são baixas, variando de 19 a 73%. Todas as unidades de saúde devem se responsabilizar pela captação dessas mulheres para a realização do rastreamento pós-parto.

Tabela 1 – Rastreamento de Diabetes Mellitus no Pós-parto*

TOTG pós-parto	Normal	Alterado	Intolerância a glicose	Diabetes Mellitus
jejum	<100mg/dL	100-125mg/dL	<126mg/dL	≥ 126mg/dL
2h	<140mg/dL	<140mg/dL	140 a 199mg/dL	≥ 200mg/dL

FONTE: * Tabela criada a partir das informações de fluxograma na Pg.26 de Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

3.1.5 Sífilis

- Monitorar a baixa da titulação da puerpera através do teste não-treponêmico, VDRL, de 3/3meses, considera-se critério de cura quando reduzir em 2X a titulação. Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfeção. É critério para

retratamento a não redução da titulação em 2X após 6 meses, ou o aumento da titulação em 2X a qualquer momento do seguimento;

- A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, além de ser realizada a busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno, esta criança deve ser acompanhada pelo Monitoramento Estadual da Criança de Risco;
- Monitorar a criança exposta à sífilis e com sífilis congênita através de titulação de VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 meses e teste treponêmico a partir dos 18 meses de vida. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes **não reagentes** consecutivos **ou** queda do título em duas diluições. Avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica (se neurosífilis) com 1, 6, 12, 18 e 24 meses.

3.1.6 Infecção do Trato Urinário (ITU)

- Em todos os casos de infecção urinária deve-se realizar cultura de urina para controle de cura, 7 dias após o final do tratamento;
- Se o tratamento falhar ou a infecção recorrer, deve-se tratar com antibiótico apropriado para o microorganismo de acordo com a cultura e testes de sensibilidade;
- Orientar sobre a ingesta abundante de líquidos visando aumentar o débito urinário e consequentemente redução do risco de recorrência de ITU;
- É essencial fornecer informações sobre as complicações das infecções do trato urinário visto que podem ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida das mulheres afetadas.

4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PUERPÉRIO

Quando uma criança nasce, ocorrem mudanças na vida da mãe e da sua família e surgem receios e angústias diversas, podendo ser um processo natural ou patológico, por isso a equipe de saúde da família deve ficar atenta a esses aspectos. Cuidados relevantes do profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Estar atento a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação “normal” e da característica do puerpério;

- Reconhecer as formas de sofrimento mental puerperal e faça o acompanhamento precocemente a fim de auxiliar na 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;
- Fornecer orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, acolha as ansiedades da puérpera, abra espaço para dúvidas e ofereça dicas práticas para facilitar o ato da amamentação;
- Levar 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 da vida familiar, profissional e social;
- Incluir a família nos atendimentos de puericultura e no amparo à puérpera.

4.1 Transtornos mentais puerperais

- Nos casos de transtornos mentais puerperais, torna-se fundamental que as equipes de saúde da família solicitem o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou de outras equipes de saúde mental do município;
- Alguns casos considerados mais graves que precisem de um cuidado especializado, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região. Lembrando que o acompanhamento deve ser compartilhado;
- Os casos que apresentem riscos de suicídio ou de infanticídio devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral.

5. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na APS deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de

práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

5.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe com identificação das famílias e gestantes expostas a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das gestantes/puérperas no sistema de informação indicado pelo gestor e utilizar sistematicamente esses dados para a análise da situação de saúde do território;
- Realizar o cuidado da saúde da puérpera e do RN no âmbito da UBS, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Garantir a atenção à saúde da puérpera, do RN e do parceiro quando houver, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, além da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Conferir as informações preenchidas na Caderneta da Gestante em todas as oportunidades;
- Realizar busca ativa das puérperas faltosas a consulta puerperal ou em outras atividades/ações que a equipe desempenha;
- Realizar busca ativa das crianças faltosas para consulta de puericultura ou em outras atividades/ações que a equipe desempenha;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde;
- Orientar a mulher e seu/sua companheiro(a) (quando houver) sobre os métodos disponíveis de planejamento reprodutivo;

- Acompanhar o processo de aleitamento materno, ofertar ações de manejo da amamentação;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da APS;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença, no cuidado da população, no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva e na busca por qualidade de vida das (os) usuárias(os);
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

5.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as puérperas e RNs sob sua responsabilidade e manter as informações destes atualizadas;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e coletividades;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas, individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;
- Identificar as puérperas e RNs em situações de risco e vulnerabilidade e quando necessário encaminhá-los para consulta de enfermagem ou médica;
- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde nas atividades e nas ações direcionadas às puérperas e RNs.

5.3 Atribuições do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de atenção à saúde, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- Realizar atividades programadas e de demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde (individuais ou em grupo) destinadas às puérperas, RNs e parceiros/as (quando houver) conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

5.4 Atribuições do Enfermeiro:

- Realizar ações de atenção à saúde da puérpera e RN na UBS, atividades em grupo e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual ou municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente para a equipe de saúde sobre a atenção ao puerpério e ao RN;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

5.5 Atribuições do Médico

- Realizar atenção à saúde da puérpera e RN sob sua responsabilidade;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Atender as intercorrências e encaminhar as puérperas para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Atender as intercorrências e encaminhar os RNs para os serviços de urgência/emergência pediátrica, quando necessário;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, puérperas e RNs a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento das puérperas e RNs;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente para a equipe de saúde sobre a atenção ao puerpério e ao RN;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

5.6 Atribuições do Auxiliar e do Técnico em Saúde Bucal

- Realizar a atenção em saúde bucal das puérperas e suas famílias segundo a programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado

funcionamento da UBS;

- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais das puérperas;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar acolhimento das puérperas nos serviços de saúde bucal;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

5.7 Atribuições do Cirurgião-Dentista

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico das mulheres para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva de todas as puérperas e suas famílias, de acordo com o planejamento da equipe e com resolubilidade;
- Realizar os procedimentos clínicos da APS em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nas puérperas;
- Avaliar a necessidade e a possibilidade de tratamento na puérpera, observando os cuidados indicados para este período;
- Realizar busca ativa das puérperas faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares regulares durante o período puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o recém-nascido, enfatizando a importância do papel do aleitamento materno na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu (sua) companheiro (a) (quando houver) sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais

membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

5.8 Atribuições dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

- Apoiar os profissionais das equipes de saúde da família no exercício da coordenação do cuidado das puérperas e RNs;
- Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes;
- Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde da família;
- Identificar e articular, juntamente às equipes de saúde da família, uma rede de proteção social com foco nas puérperas e RNs;
- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família sobre a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e as potencialidades;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes-2018**-Diabetes Care 2018;41 (Suppl. 1):S137–S143, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. Ed, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília, DF, 2007.

CAMPANHARO FF, CECATTI JG, HADDAD SM, PARPINELLI MA, BORN D, COSTA ML, ET AL. The Impact of Cardiac Diseases during Pregnancy on Severe Maternal Morbidity and Mortality in Brazil. *PLoS ONE* 10(12): e0144385. doi:10.1371/journal, 2015.

CELESTE, D. M. D.. **Gestational diabetes mellitus: Glycemic control and maternal prognosis-up to date**, fevereiro, 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos**. São Paulo, 2017.

GOIÁS. Comissão permanente de protocolos de atenção à saúde da SES-DF – CPPAS. **Portaria SES-DF Nº 342 de 28.06.2017**. Protocolo de Atenção à Saúde Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2017.

GONCALVES, Cristiane de Souza et al . Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 1, p. 63-70, Mar. 2019.

HAGEN IM, BOERSMA E, JOHNSON MR, ET AL. ROPAC investigators and EORP team. **Global cardiac risk assessment in the registry of pregnancy and cardiac disease: results of a registry from the European Society of cardiology**. *Eur J Heart Fail*;18:523–33, 2016.

MAGEE L.; VON DADELSZEN P.. **Prevention and treatment of postpartum hypertension.** Cochrane Database Syst Rev 2013.

MELO B.C.P.; AMORIM M.M.R.; KATZ L.; COUTINHO I.; VERÍSSIMO G.. **Epidemiological profile and postpartum outcome in severe preeclampsia.** Rev Assoc Med Bras;55(2):175–80, 2009.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S.. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF, 2016.

RECOMENDAÇÕES GUIDELINES. **Consenso “Diabetes Gestacional”:** Atualização 2017. Revista Portuguesa de Diabetes.;12(1):24-38, 2017.

REGITZ-ZAGROSEK V.; ROOS-HESELINK J.W.; ET AL.. **Guideline for the management of cardiovascular diseases during pregnancy.** European Heart Journal 2018 doi:10.1093/eurheartj/ehy340.

SIBAI, B.M.. **Etiology and management of postpartum hypertension-pre-eclampsia.** Am. J. Obstet. Gynecol. 206(6), 470–475, 2012.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). **Atenção ao Puerpério.** Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2016.

US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Toxicology Data Network. **Drugs and lactation database.** <http://www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia.** World Health Organization; 2011.