



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Administração Penitenciária
Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS E BEBÊS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE SÃO PAULO

1ª VERSÃO

São Paulo
Abril de 2024



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Administração Penitenciária
Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário

TARCÍSIO GOMES DE FREITAS
Governador do Estado de São Paulo

MARCELLO STREIFINGER
Secretário de Estado da Administração Penitenciária

MARCO ANTÔNIO SEVERO SILVA
Secretário Executivo

MAXIMIANO CÁSSIO SOARES
Chefe de Gabinete

KELY HAPUQUE CUNHA FONSECA
Coordenadora de Saúde do Sistema Penitenciário

PRODUÇÃO

Delmir Souza Soares

Rita de Cássia Mauerwerk Perri

Simone Pacheco Gomide da Silva

EDIÇÃO E REVISÃO

Delmir Souza Soares

Simone Pacheco Gomide da Silva

COLABORAÇÃO

Bruna Luiza Roim Varotto – Cirurgiã Dentista –
GPGASPP / SAP

Daniela Vinhas Bertolini – Infectologia Pediátrica –
CRT DTS/Aids / SES

Marisa Hatsue Shimizue – Articuladora de
Humanização / SES

Marizete Peixoto Medeiros – Médica Coord. de
Planejamento em Saúde / SES

Rosa Alencar Souza – Médica – Diretora Técnica
Adjunta – CRT/Aids

Soraya Gomes de Amorim Andrade – Médica
Ginecologista – Coremetro

Tatiana Malavasi – Médica e Diretora do CHSP

Thais Coelho – Articuladora de Humanização / SES

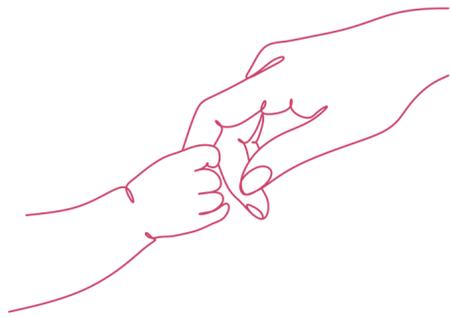
EDITORIAÇÃO E DESIGN GRÁFICO

Veruska Almeida

REVISÃO FINAL

Cilene Fernanda Sant' Ana

Valéria Aparecida Costa



COORDENADORIA DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

SAP. Secretaria da Administração Penitenciária. Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. Protocolo de Atendimento à Gestantes, Puérperas e Bebês no Sistema Penitenciário de São Paulo. 1ª Versão. Abril, 2024, São Paulo. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/>

Protocolo de Atendimento às Gestantes, Puérperas e Bebês a ser aplicado no âmbito da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, como forma de atenção à saúde da mulher e da criança com apresentação de cuidados adequados em consonância às normas de segurança, saúde e vigilância sanitária vigentes.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário (CSSP) por meio do:

**Grupo de Planejamento e Gestão de
Atenção à Saúde da População Prisional**



CONTATO

 comunicacaosaudesap@sp.gov.br

 (11) 2221.0889

 Rua Libero Badaró, 600 – 14º andar





FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1: Teste rápido sífilis não reagente	17
FLUXOGRAMA 2: Teste rápido sífilis reagente	18
FLUXOGRAMA 3: Teste rápido Anti-HIV	21
FLUXOGRAMA 4: Inclusão de gestante na SAP	22
FLUXOGRAMA 5: Pré-natal na SAP	24



TABELAS

TABELA 1: Critérios para cicatriz sorológica em TR Sífilis	19
TABELA 2: Esquemas terapêuticos para Sífilis em Gestantes	19
TABELA 3: Critérios de vacinação até 6 meses	33
TABELA 4: Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais	36



ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	—	Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia
AIDS	—	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
ARV	—	Antirretroviral
BCF	—	Batimentos Cardíacos Fetais
CHSP	—	Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário
CIB-62	—	Comissão Intergestores Bipartite nº 62/2022
CRASPP	—	Centro Regional de Atenção à População Prisional
CRT DST/AIDS	—	Centro de Referência e Treinamento DST / AIDS
CSSP	—	Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário
DRS	—	Departamento Regional de Saúde
DST	—	Doença Sexualmente Transmissível
FTA	—	abs (<i>Fluorescent treponemal antibody absorption</i>)
GPGASPP	—	Grupo de Planejamento e Gestão de Atenção à Saúde da População Prisional
HAS	—	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCTP	—	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IST	—	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	—	Ministério da Saúde
PEC	—	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAISP	—	Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário
PN	—	Pré-Natal
PPL	—	Pessoa Privada de Liberdade
PrEP	—	Profilaxia Pré-Exposição



ABREVIATURAS E SIGLAS

RN	—	Recém-Nascido
SAP	—	Secretaria da Administração Penitenciária
SES	—	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	—	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	—	Sistema Único de Saúde
TAN	—	Triagem Auditiva Neonatal
TP	—	Teste Treponêmico
TR	—	Teste Rápido
TRV	—	Teste do Reflexo Vermelho
UBS	—	Unidade Básica de Saúde
UBS JAE	—	Unidade Básica de Saúde Joaquim Antônio Eirado
UP	—	Unidade Prisional
VDRL	—	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
βHCG	—	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana



APRESENTAÇÃO	8
1. INTRODUÇÃO	10
2. PRÉ-NATAL	11
3. GESTAÇÃO	12
3.1 Gestação de alto risco	13
3.1.1 Acesso ao pré-natal de alto risco	14
4. FATORES DE RISCO	16
4.1 Sífilis	16
4.1.1 Transmissão	16
4.1.2 Diagnóstico	16
4.2 Pessoa vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	20
5. O PRÉ-NATAL NA SAP	22
5.1 Inclusão	22
5.2 Início do pré-natal	23
5.3 Acompanhamento	25
5.3.1 Monitoramento	27
5.3.2 Informações e intercorrências	27
5.3.3 Transição do cuidado	28
5.3.4 O Parto	29
5.3.4.1 Avaliação de risco e convívio materno	30
5.3.5 Saída da rede de cuidados	30
6. ATENDIMENTO AOS BEBÊS	32
6.1 Consultas	32
6.2 Vacinas	33
6.3 Comorbidades	34
7. O PUERPÉRIO	35
7.1 Puerpério traumático	37
APÊNDICE A- FLUXO DE ACOMPANHAMENTO - REGIÃO METROPOLITANA	38
REFERÊNCIAS	44

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria da Administração Penitenciária¹ (SAP), busca implementar e consolidar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de garantir o direito de atendimento à saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PPL), conforme as prerrogativas legais em vigor. Para isso, a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário² (CSSP) está empenhada nessa iniciativa e por meio do Grupo de Planejamento e Gestão de Atenção à Saúde da População Prisional (GPGASPP), que conta com cinco centros regionais em todo o estado, a CSSP promove a Atenção Integral às pessoas presas no Estado de São Paulo.

Essa promoção ocorre através da intermediação de atendimentos e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Assim, todas as ações são organizadas e implementadas nas unidades prisionais (UP) por equipes interdisciplinares, com o objetivo de contribuir para o controle e prevenção de problemas de saúde.

Atualmente, a Secretaria da Administração Penitenciária custodia 199.348³ pessoas reclusas em 179 UPs destinadas a presos provisórios e condenados, três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) voltados para pacientes sob Medida de Segurança, além do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP). Para gerenciar esse contingente de PPLs, a SAP conta com mais de 30 mil servidores, distribuídos entre profissionais das áreas de Segurança, Saúde e Administração.



Imagem ilustrativa

Neste contexto, as mulheres gestantes e puérperas estão custodiadas em 18 presídios femininos e realizam o parto por meio da Rede SUS, abrangendo as áreas territoriais das UPs.

Assim sendo, este documento estabelece procedimentos padronizados para o pré-natal e a puericultura até o sexto mês de vida dos bebês. Essas diretrizes visam garantir a saúde da mulher e da criança, incluindo o acompanhamento e a prevenção de doenças, comorbidades, transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e outros cuidados relevantes durante a gestação e no pós-parto.

Este conteúdo foi elaborado por profissionais da Pasta com base em pesquisas, estudos, notas técnicas, normas e orientações emitidas por órgãos de saúde. É importante ressaltar que o documento poderá passar por alterações, conforme as necessidades e especificidades das Unidades Prisionais (UPs) e os acordos estabelecidos com a rede assistencial.

1 Criada pela Lei nº 8209, de 04/01/93 e reorganizada pelo Decreto 46.623, de 21 de março de 2002

2 Criada pela Lei Complementar nº 897, de 09/05/2001 e reorganizada pelo Decreto nº 59.988, de 19 de dezembro de 2013

3 Data base: 09/04/2024. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/unidades-mob.html>

Imagem ilustrativa



Imagem ilustrativa



1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento gestacional da mulher é assegurado pelo SUS como uma política pública e um direito universal que visa não apenas a saúde da mulher, mas também a saúde da criança.

Assim, como o acompanhamento gestacional, a puericultura é de suma importância para o rastreamento de doenças e comorbidades que possam afetar as crianças, bem como para a realização de exames e início da imunização de acordo com o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

A gestante e a puérpera privada de liberdade, assim como as crianças que permanecem no sistema penitenciário paulista, até o sexto mês de vida, necessitam de acompanhamento especializado para prevenir diversos problemas de saúde, incluindo a mortalidade materna.

Portanto, os objetivos deste material são:

-  Fortalecer as ações de saúde, seguindo a perspectiva do SUS como política pública de acesso integral, universal e gratuito;
-  Orientar e recomendar condutas para garantir uma gestação e puerpério seguros;
-  Indicar as melhores práticas de manejo para essa população específica;
-  Promover ações de cuidado e monitoramento a serem realizadas pelos servidores da Pasta, no atendimento às gestantes, puérperas e bebês.





2. PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal (PN) adequada, com detecção e intervenção precoce em situações de risco, assim como um sistema ágil de encaminhamento hospitalar (sistema de regulação - "Vaga sempre para gestantes e bebês", regulação de leitos obstétricos e plano de vinculação da gestante à maternidade), juntamente com a melhoria da assistência ao parto (componente de parto e nascimento - humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiente adequado, boas práticas e acolhimento com classificação de risco - ACCR), são fatores determinantes dos indicadores de saúde materna e neonatal e uma medida que tem potencial redução nas principais causas de mortalidade.

3. GESTAÇÃO

A gestação pode ser diagnosticada por meio do teste rápido de gravidez, o que permite o início precoce do pré-natal e a redução de riscos para a gestante. Portanto, segundo o Ministério da Saúde (2012b), toda mulher que apresentar atraso menstrual superior a 15 dias deve ser orientada a realizar o teste rápido de gravidez.

A dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β HCG) pode ser solicitada para confirmar o diagnóstico, pois é um teste amplamente utilizado e com baixa incidência de resultados falso-positivos. Os níveis de β HCG podem ser detectados entre o 8º e o 11º dia após a concepção.

"O diagnóstico de gravidez poderá ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas" (Brasil, 2012b).

Ainda, segundo o MS (2012b), a principal queixa é o atraso menstrual, mas há outros sinais que podem ser observados:



“Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;
- Manifestações clínicas: náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência;
- Modificações anatômicas: aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal.

Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvica uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Estetoscópio Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais” (Brasil, 2012b).

3.1 Gestação de alto risco

“A gestação de alto risco é aquela em que há maior probabilidade de a vida ou a saúde da mãe, do feto e/ou do recém-nascido serem afetadas em comparação com a média da população considerada (Brasil, 2012a). Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para distinguir gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham produzido uma classificação precisa para prever problemas, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes. Esses fatores podem alertar a equipe de saúde sobre a necessidade de uma vigilância mais intensa quanto ao possível surgimento de complicações” (Cao C, et al., 2018).

O pré-natal de alto risco engloba aproximadamente 10% das gestações que apresentam critérios de risco, como cardiopatias, pneumopatias graves, nefropatias graves, endocrinopatias, doenças hematológicas, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças neurológicas, uso de anticonvulsivantes, gestantes psiquiátricas (com uso de medicamentos controlados), doenças autoimunes, alterações genéticas maternas, histórico de trombose venosa profunda/embolia pulmonar, ginecopatias, portadoras de doenças infecciosas, Hanseníase, tuberculose, uso de drogas lícitas e ilícitas, tabagismo, histórico de trabalho de parto prematuro, alterações de peso materno (obesidade e desnutrição),

gestação gemelar, patologias clínicas que necessitam de acompanhamento especializado, além de fatores relacionados à vida reprodutiva anterior e à gestação atual (Brasil, 2016). Os fatores de risco gestacionais podem ser prontamente identificados durante a assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral, exame gineco-obstétrico e também por meio de visitas domiciliares, sendo importante a coesão da equipe (Brasil, 2012a).

Algumas morbidades podem ser prevalentes na gestação, sendo uma delas a doença periodontal, que está frequentemente associada a condições patológicas perinatais, como rotura prematura de membranas, parto prematuro e ocorrência de bebês com baixo peso ao nascer. É importante fornecer atenção especial a gestantes diabéticas e tabagistas, pois essas duas condições aumentam o risco tanto para a gestação quanto para o agravamento da doença periodontal. Como as gestantes são um grupo de atenção prioritária, é recomendado e facilitado o acesso delas ao tratamento odontológico (Brasil, 2019).

Na maioria dos casos, a presença de um ou mais desses fatores não implica imediatamente a necessidade de recursos propedêuticos com tecnologia avançada, além dos comumente oferecidos na

assistência pré-natal de baixo risco. No entanto, esses fatores indicam a importância de uma maior atenção por parte da equipe de saúde para essas gestantes (Brasil, 2012a). Por exemplo, no caso de antecedente prévio de trabalho de parto prematuro, é fundamental controlar infecções, sendo a infecção urinária a principal causa durante a gestação. Isso pode resultar em um maior número de consultas e visitas domiciliares, com intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante naquele momento (Brasil, 2012a).

Também é importante destacarmos o recorte racial da população feminina encarcerada no Estado de São Paulo. Segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais, a população prisional feminina é formada por 60,48% de mulheres negras (Brasil, 2024). Estudos referentes à saúde materna, com recorte racial/étnico, apesar de poucos, apontam que a toxemia gravídica ocorre mais frequentemente com mulheres negras, sendo esta no Brasil, a primeira causa de morte materna (Brasil, 2005), e portanto, um foco de atenção para os profissionais que atuam com essa população.

3.1.1 Acesso ao pré-natal de alto risco

ACESSO:	Agilizar o acesso à consulta obstétrica que, nesses casos, é um importante atributo da atenção básica.
LONGITUDINALIDADE:	Toda gestante durante o acompanhamento de pré-natal deverá ter garantido o agendamento de pelo menos uma visita de vinculação obstétrica ao seu hospital de referência. O componente pré-natal apresenta as seguintes ações:
1	Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
2	Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
3	Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
4	Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
5	Vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto;

Fonte: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-os-criterios-utilizados-para-estratificar-uma-gravidez-como-sendo-de-risco/#:~:text=O%20pr%C3%A9%20natal%20de%20alto,maternas%2C%20antecedente%20de%20trombose%20venosa>

6 Qualificação do sistema e da gestão da informação;

7 Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

8 Prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs, HIV/Aids, sífilis e hepatites virais.

Fonte: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-os-criterios-utilizados-para-estratificar-uma-gravidez-como-sendo-de-risco/#:~:text=O%20pr%C3%A9%20natal%20de%20alto,maternas%2C%20antecedente%20de%20trombose%20venosa>

Coordenação do cuidado - ao encaminhar a gestante para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco, é fundamental orientá-la a manter o vínculo com a Equipe de Atenção Básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Essa equipe deve ser mantida atualizada sobre a evolução da gravidez e os tratamentos realizados, por meio de contrarreferência e busca ativa das gestantes em seu território de atuação, incluindo visitas domiciliares no ambiente prisional.

Imagem ilustrativa

4. FATORES DE RISCO

Conforme visto, são muitos os fatores, que combinados ou não, podem classificar uma gestação de alto risco. No contexto do sistema prisional destacamos as patologias com maior incidência:

4.1 Sífilis

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de caráter sistêmico, causada por uma bactéria gram, negativa do grupo das espiroquetas, chamada *Treponema pallidum* (WHO, 2017).

4.1.1 Transmissão

Como aponta o Ministério da Saúde (2022), a transmissão ocorre por via sexual ou por pele com lesões sífilíticas. Raramente, a transmissão se dá por transfusão de sangue não testado ou por transmissão vertical transplacentária. A transmissão vertical ocorre geralmente após a 16ª e 18ª semana de gestação, mas pode ocorrer durante a passagem do bebê pelo canal vaginal caso haja lesão ativa. Caso não ocorra o tratamento durante a gestação, o risco de infecção fetal varia de 30% a 60% a depender do estágio clínico da doença, podendo chegar a 100% nos casos de sífilis primárias e secundárias.



Imagem ilustrativa

A infecção neonatal pode resultar em:

- Abortamento (tardio e precoce);
- Trabalho de parto prematuro;
- Morte fetal intraútero;
- Sífilis congênita.

A notificação da sífilis é compulsória e deve ser realizada pela equipe de saúde que fez o diagnóstico (enfermagem ou médico).

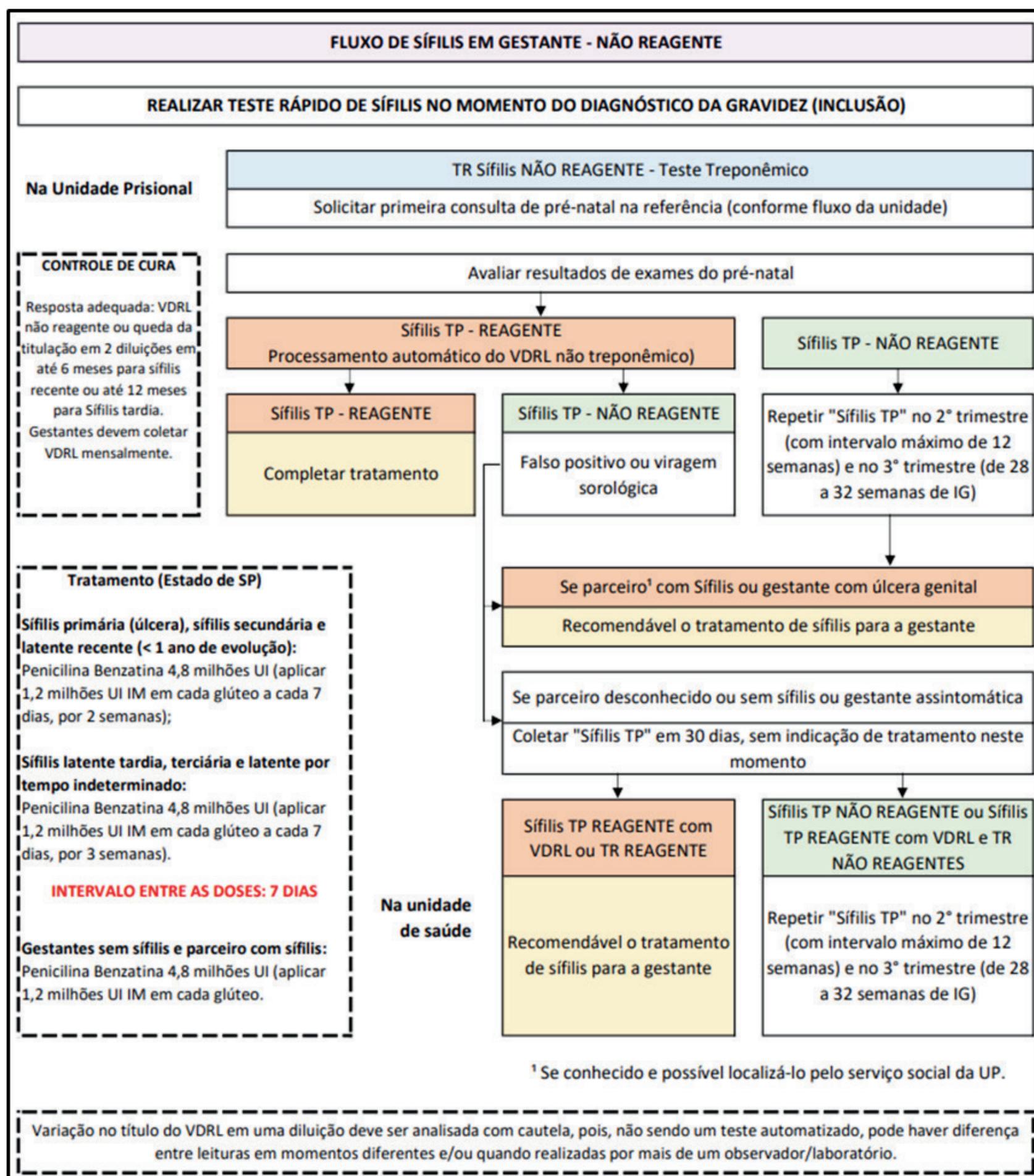
4.1.2 Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis é realizado por meio da obtenção de uma história detalhada da paciente. Devemos questionar se ela possui antecedentes de sífilis, se recebeu tratamento adequado, inclusive o parceiro, e levar em consideração os sintomas clínicos ou a exposição recente. É fundamental interpretar corretamente os exames diagnósticos para uma conduta adequada.

O diagnóstico pode ser feito por meio de testes rápidos ou testes laboratoriais. Nas Unidades Prisionais (UPs), são disponibilizados testes rápidos treponêmicos para o diagnóstico de sífilis.

O diagnóstico é excluído quando o teste apresenta resultado não reagente. O fluxograma a seguir exemplifica o descarte de sífilis por meio do teste rápido (TR) treponêmico em gestantes:

FLUXOGRAMA 1 - Teste rápido sífilis não reagente



Variação no título do VDRL em uma diluição deve ser analisada com cautela, pois, não sendo um teste automatizado, pode haver diferença entre leituras em momentos diferentes e/ou quando realizadas por mais de um observador/laboratório.

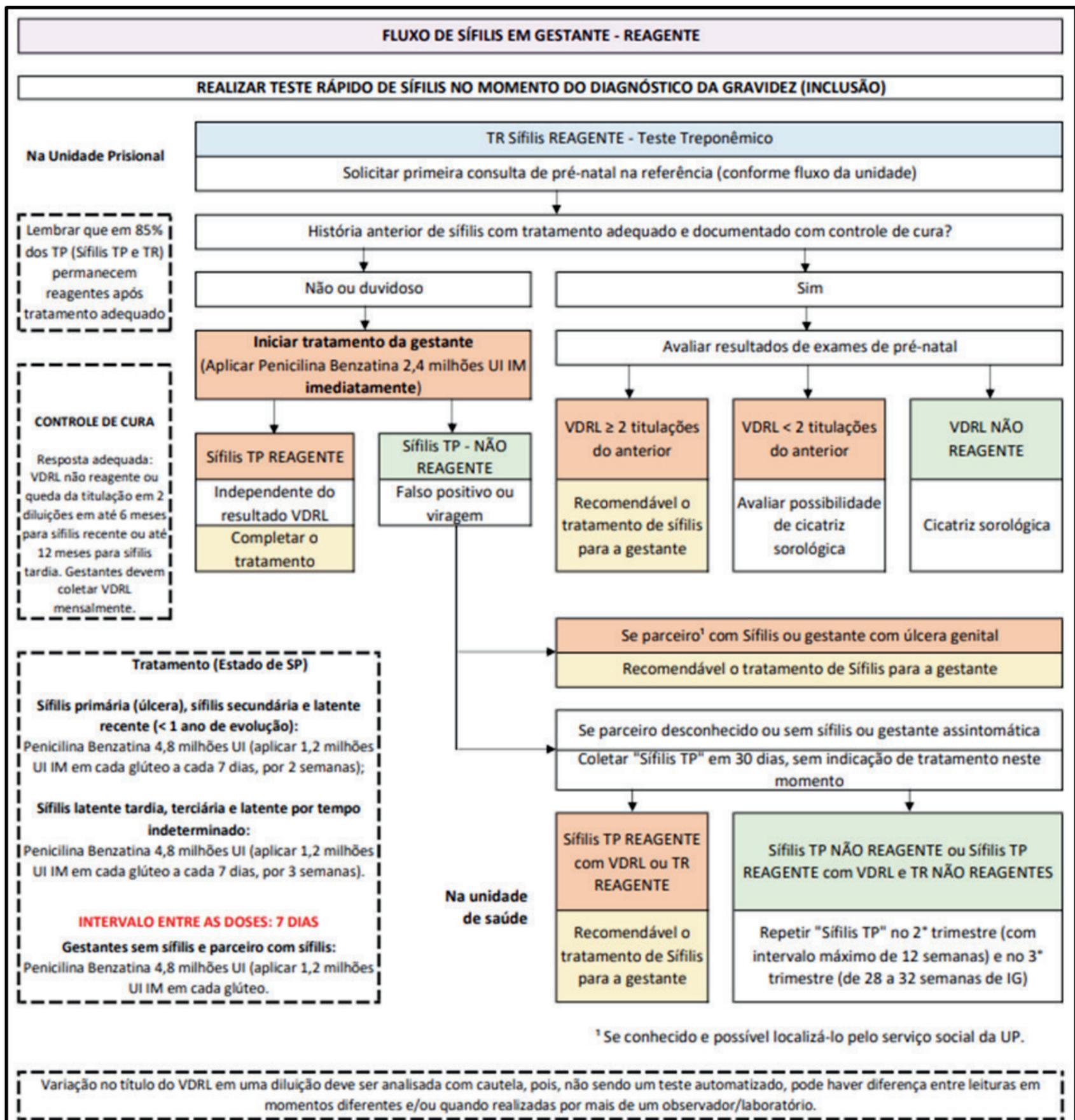
Fonte: Ribeirão Preto, 2022.

O teste treponêmico pode apresentar três resultados:

- 1 Sífilis recente ou tardia não tratada ou tratada inadequadamente;
- 2 Cicatriz sorológica ou sífilis previamente tratada;
- 3 Resultado falso positivo.

O fluxograma abaixo indica o resultado de sífilis por TR:

FLUXOGRAMA 2 - Teste Rápido Sífilis - Reagente



Fonte: Ribeirão Preto, 2022.

A tabela a seguir expressa os critérios para que o TR seja considerado cicatriz sorológica:

TABELA 1 - Critérios para cicatriz sorológica em TR Sífilis

Critérios para que o TR Treponêmico seja considerado cicatriz sorológica

- Ausência de sinais/sintomas clínicos de sífilis primária ou secundária;
- Ausência de nova exposição ou baixa probabilidade de reinfecção;
- Tratamento adequado de infecção prévia;
- Testes não treponêmicos disponíveis sugerem respostas ao tratamento realizado.

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2012). Adaptado.

Em caso de TR TP positivo sem sintomas clínicos e com confirmação por parte da paciente de histórico anterior de sífilis, a paciente deverá realizar teste não treponêmico (VDRL).

Os resultados de exames treponêmicos e não treponêmicos podem ser interpretados como a tabela a seguir:

TABELA 2 - Esquemas terapêuticos para Sífilis em Gestantes

SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E LATENTE RECENTE	
Esquema terapêutico	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM semanal, por 2 semanas. Dose total: 4,8 milhões UI, IM	<ul style="list-style-type: none">• Seguimento mensal com testes não treponêmico
SÍFILIS LATENTE TARDIA (MAIS DE 1 ANO DO CONTATO) OU LATENTE COM DURAÇÃO INGNORADA OU SÍFILIS TERCIÁRIA	
Esquema terapêutico	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM semanal*, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	<ul style="list-style-type: none">• Seguimento mensal com testes não treponêmico

Fonte: São Paulo, 2023.

* O intervalo entre as doses deve ser de 7 dias, excepcionalmente podendo haver atraso de no máximo dois dias para não haver necessidade de reiniciar o tratamento.

4.2 Pessoa vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no país configura-se por subepidemias, em que observa-se um aumento proporcional de casos da doença por meio de transmissão heterossexual, em especial entre as mulheres, que apresentam taxas de incidência crescentes em comparação aos homens.

O protocolo da MS esclarece ainda que a população menos escolarizada é a mais afetada e com o aumento da transmissão heterossexual a razão entre os sexos está se equilibrando. Neste contexto, a transmissão vertical do HIV e da sífilis tornou-se um problema cada vez mais importante na saúde pública, especialmente no sistema prisional.

“A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, no trabalho de parto, no parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou na amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no periparto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada). Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano” (Ministério da Saúde, 2007, p. 12).

Assim como a sífilis, o diagnóstico do HIV pode ser realizado por meio de um teste rápido durante a inclusão. Da mesma forma, a equipe de saúde responsável pelo atendimento às mulheres grávidas ou com suspeita de gestação deve realizar o teste rápido Anti-HIV juntamente com a testagem para sífilis, a fim de rastrear e detectar precocemente o vírus do HIV no início da gestação, possibilitando o início do tratamento adequado.

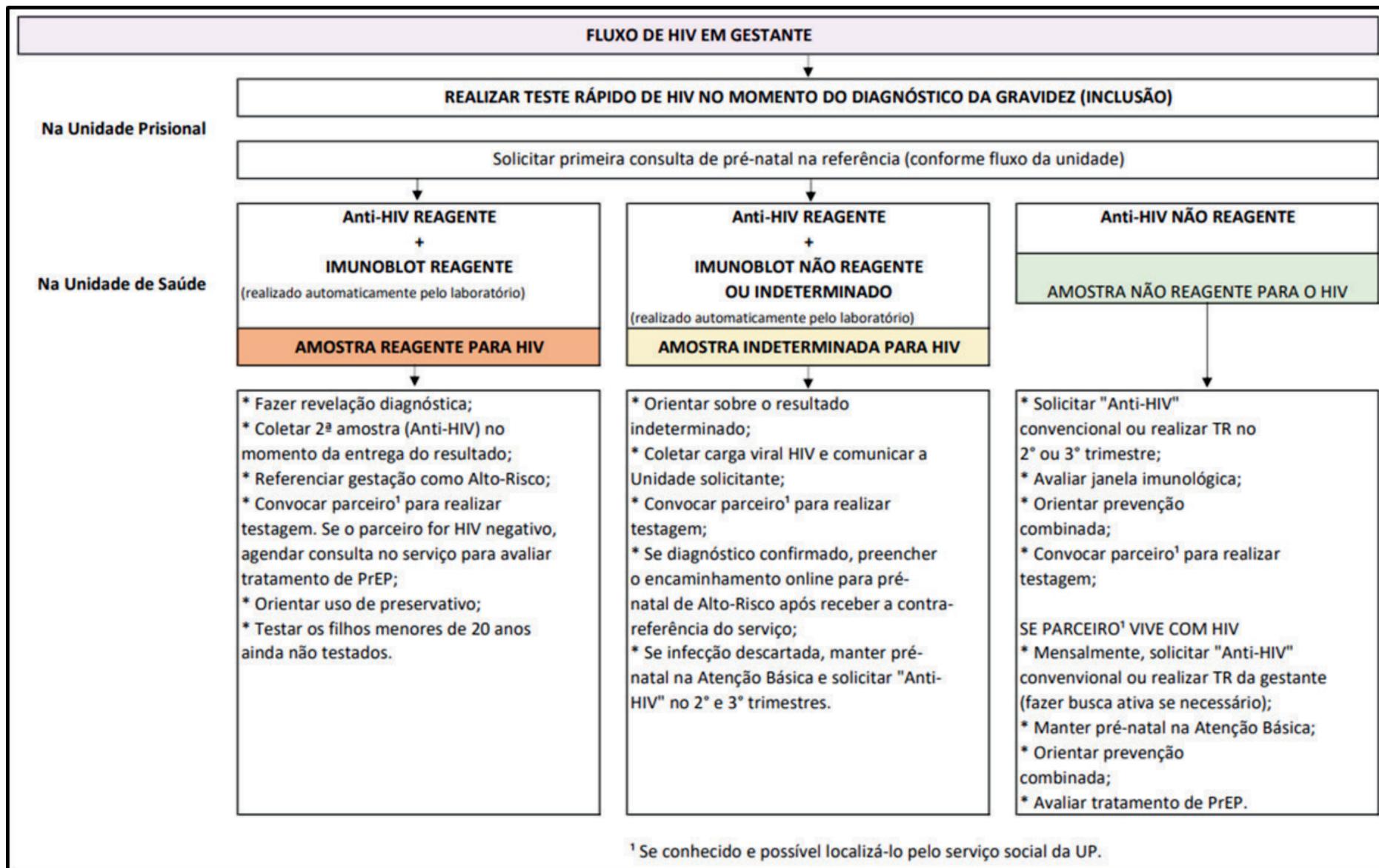
Em casos em que a mulher já vive com o Vírus da Imunodeficiência Humana, o equipamento de referência especializado para o HIV/Aids deverá ser prontamente acionado para agendamento de nova consulta e avaliação do médico assistente. O médico deverá avaliar a manutenção do esquema Antirretroviral (ARV) durante a gestação e no puerpério.



Imagem ilustrativa

O fluxograma a seguir norteia o diagnóstico de HIV/Aids durante a avaliação de gravidez na unidade prisional:

FLUXOGRAMA 3 - Teste rápido Anti-HIV



Fonte: Ribeirão Preto, 2022.



Imagem ilustrativa

5. O PRÉ-NATAL NA SAP

A inclusão da mulher gestante no Sistema Prisional deve ser observada com cuidado e requer atenção da equipe de saúde da unidade prisional. É importante prestar atendimento de saúde adequado, humanizado e acolhedor, que ofereça segurança para que a gestação ocorra de forma segura para a gestante e a criança.

5.1 Inclusão

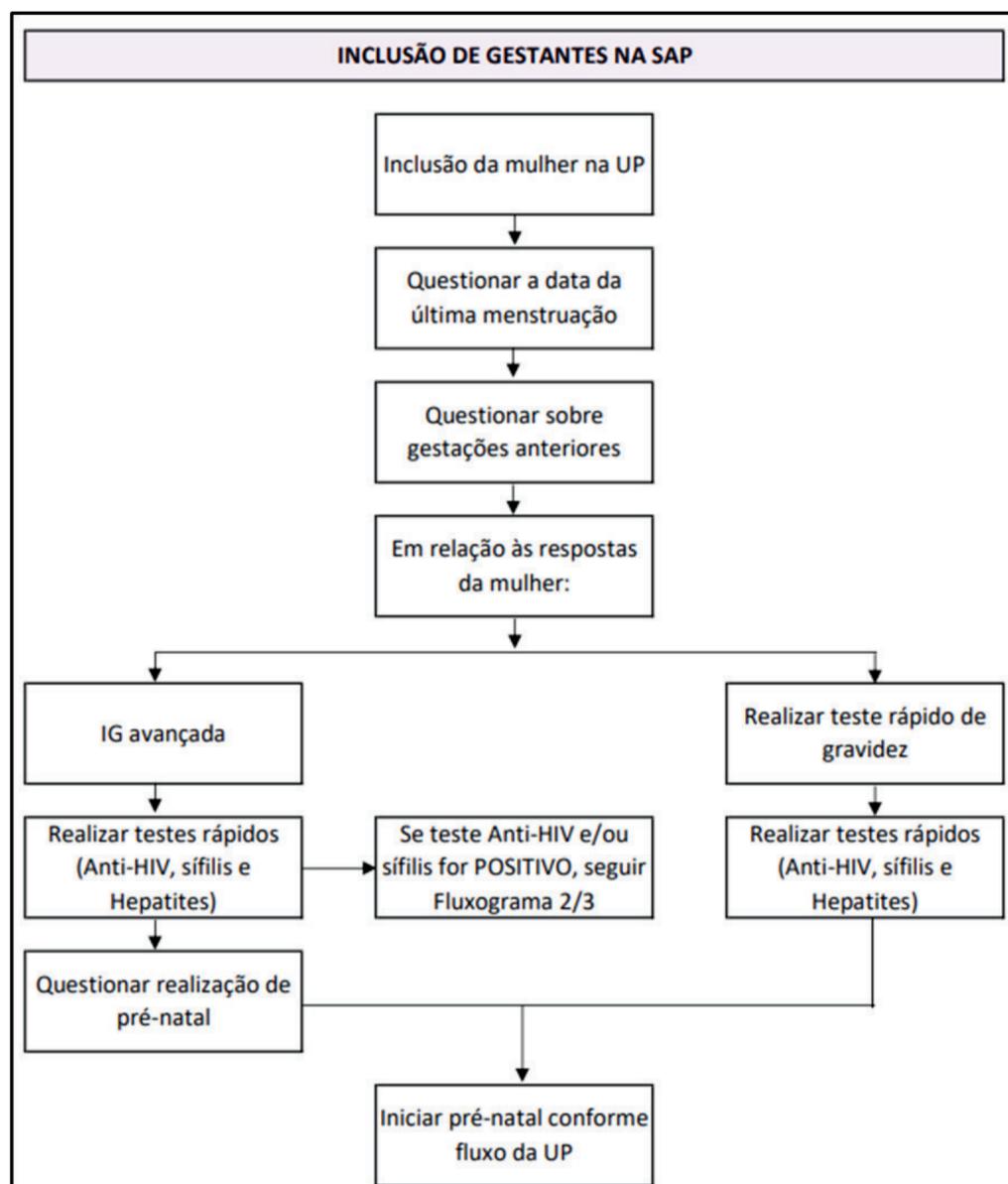
O processo de inclusão deve, além da entrevista de saúde já preconizada, investigar a saúde da mulher a fim de obter subsídios que possam fornecer informações sobre uma possível gestação. Nos casos de gestação avançada, é importante realizar o controle de patologias para garantir uma gestação segura.

A inclusão deve contemplar:

- Data da última menstruação;
- Questionar se a mulher está grávida;
- Realizar teste rápido de gravidez;
- Realizar teste rápido Anti-HIV, sífilis e hepatites;
- Questionar sobre gestações anteriores e se existiram complicações.

O fluxo a seguir indica o processo de inclusão para investigação de gravidez:

FLUXOGRAMA 4 - Inclusão de gestante na SAP



Fonte: Elaborado pelos autores - 2023

5.2 Início do pré-natal

Após a inclusão na unidade prisional, é necessário inserir a gestante na Rede SUS do município em que se encontra a unidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza o pré-natal por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as gestantes devem ser atendidas pela UBS do território de atendimento da unidade prisional para iniciar ou dar continuidade ao pré-natal.

A saúde da gestante deve ser uma prioridade na unidade prisional. A realização de testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatites é importante para a identificação precoce de gestações de alto risco, especialmente a sífilis, uma infecção sexualmente transmissível com maior prevalência na população prisional.

Dessa forma, o acompanhamento pré-natal tem início com a inclusão da gestante na unidade prisional e prossegue com a sua inserção na Rede SUS, onde será acompanhada por uma equipe médica. Nesse processo, serão realizados exames de imagem e laboratoriais para monitorar a saúde da gestante.

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde que apresentar atraso menstrual superior a 15 dias deve ser orientada a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (teste rápido) (Brasil, 2012b). Após a realização do teste, a unidade deverá encaminhar a mulher para uma unidade de saúde onde será realizada a dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β HCG).

A importância da realização do pré-natal no SUS também se justifica pelo fato de que a definição da referência do parto ocorre durante o acompanhamento realizado ao longo de todo o período gestacional. A unidade de atendimento indicará o equipamento hospitalar adequado para realizar o parto da gestante, levando em consideração as características de cada caso, como gestação pré-termo, termo, pós-termo, baixo risco ou alto risco.

Cabe salientar que os Centros Regionais de Atenção à Saúde da População Prisional (CRASPPs) acompanham mensalmente a evolução da gestação, por meio da coleta de dados quantitativos e qualitativos. Além disso, oferecem o suporte necessário em conjunto com os DRS.

Assim, o Pré-natal deve compreender:

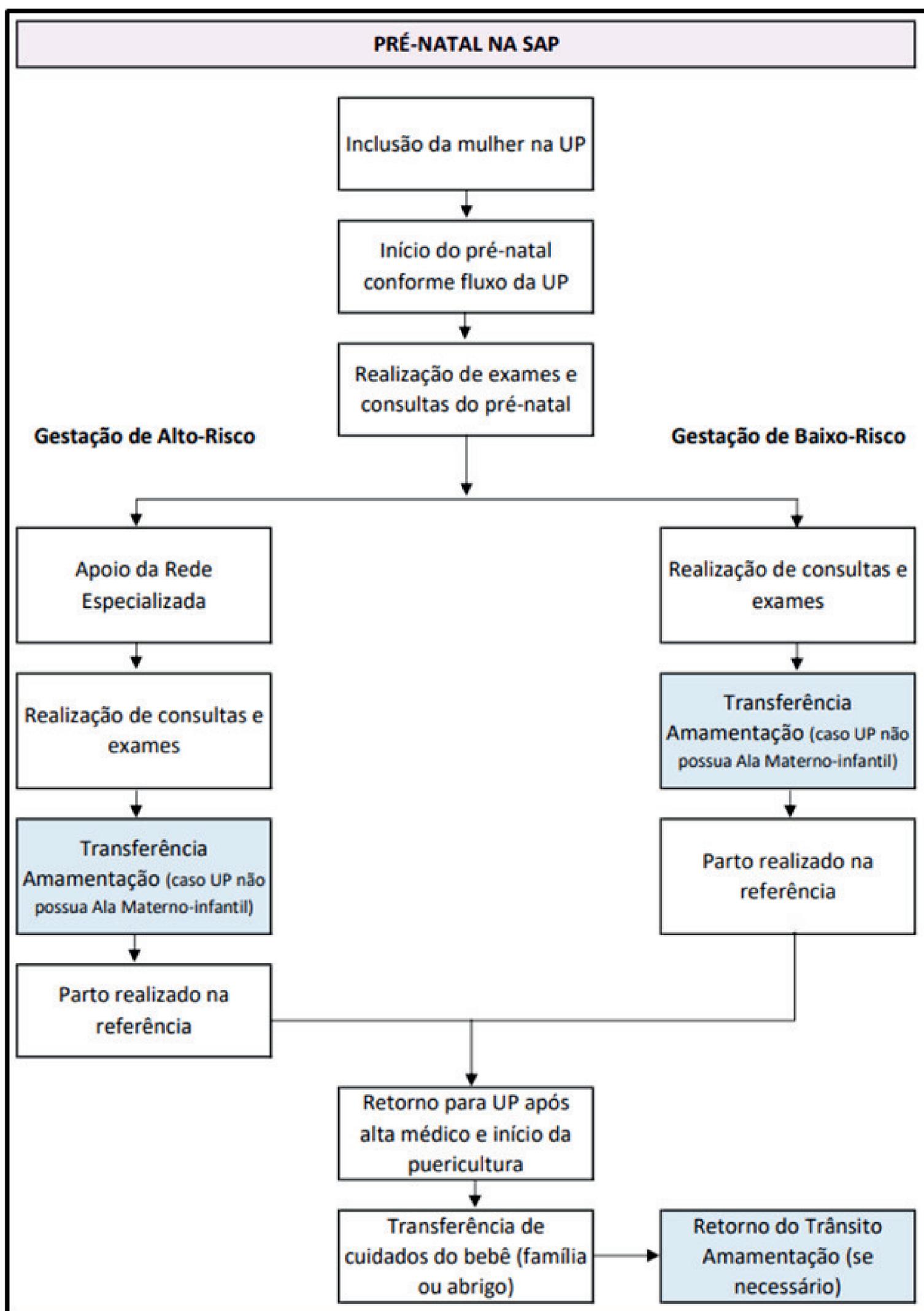
- a) Teste rápido de gravidez;
- b) Teste rápido Anti-HIV e sífilis;
- c) Agendamento de 1ª Consulta na Rede SUS;
- d) Realização de consultas e exames;
- e) Realização do parto na referência.



Imagem ilustrativa

O fluxo abaixo indica a estrutura da realização do pré-natal na SAP:

FLUXOGRAMA 5 - Pré-natal na SAP



Fonte: Elaborado pelos autores - 2023

5.3 Acompanhamento

Seguindo orientações médicas e respeitando cada situação, o SUS recomenda acompanhamento regular de todas as gestantes, garantindo seu monitoramento ao longo de toda a gravidez, em intervalos pré-determinados (mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e semanalmente no final), com um mínimo de seis consultas (Brasil, 2012b).

CRONOGRAMA:

- a Até 28 semanas – mensalmente;
- b De 28 até 36 semanas – quinzenalmente;
- c De 36 até 41 semanas – semanalmente.

Após o agendamento da primeira consulta com a equipe de referência que fará o pré-natal, a unidade prisional encaminhará a gestante à UBS munida do prontuário de saúde contendo:

- a Entrevista de Inclusão;
- b Laudos dos testes rápidos Anti-HIV, sífilis e hepatites;
- c Histórico de Tratamento para sífilis (com data das aplicações e responsável) – caso o tratamento tenha sido realizado;
- d Demais relatórios e documentos de saúde que se fizerem necessários para avaliação médica.



Imagem ilustrativa

Durante a gestação, também é garantida pelo menos uma consulta odontológica, que pode ocorrer até um mês após o início do pré-natal (Brasil, 2019). Outras consultas de controle odontológico podem ser realizadas trimestralmente. Caso seja identificada a necessidade de tratamento odontológico durante essas consultas, ele deve ser agendado para o segundo trimestre de gestação. No entanto, em casos de urgência odontológica, como pulpites e abscessos odontogênicos, o tratamento deve ser realizado independentemente da fase gestacional, com atenção aos cuidados necessários (Ebrahim et al., 2014).

As demais consultas e agendamentos de exames serão realizados de acordo com as necessidades da paciente e a demanda da unidade de saúde em questão. A responsabilidade pelo controle e acompanhamento local da gestante, por parte da equipe de saúde, recai sobre a unidade prisional.

Durante o pré-natal, avaliar-se-á o risco da gestação com base no histórico de saúde da gestante, exames laboratoriais e de imagem. Se a gestação for considerada de alto risco, poderá ser solicitada a transferência para uma unidade de saúde especializada, que ofereça suporte para atender adequadamente às necessidades da gestante.

Os CRASPPs fornecerão apoio em caso de necessidade de agendamento na Rede Especializada, com auxílio do DRS, sempre que houver dificuldades no atendimento das necessidades da gestante na rede municipal de saúde.

O acompanhamento do pré-natal se encerrará no momento do parto, que ocorrerá no estabelecimento de referência indicado pela unidade de saúde para o início do puerpério.

5.3.1 Monitoramento

O monitoramento e controle de gestantes, bebês e puérperas será realizado pela UP e acompanhado pelo CRASPP. A coleta de informações será feita por meio de documento natodigital – planilha online de acompanhamento – a ser preenchido pela UP com os dados referentes a gestante, pré-natal e puerpério.

Desta forma, a UP deverá manter a planilha de dados atualizada de modo que expresse fidedignamente o total de gestantes, puérperas, lactantes, bebês e as informações referentes à saúde da mulher, do pré-natal e puerpério.

Cada UP será responsável pelo preenchimento e manutenção dos dados da planilha, bem como das informações prestadas para fins de acompanhamento por parte do CRASPP.

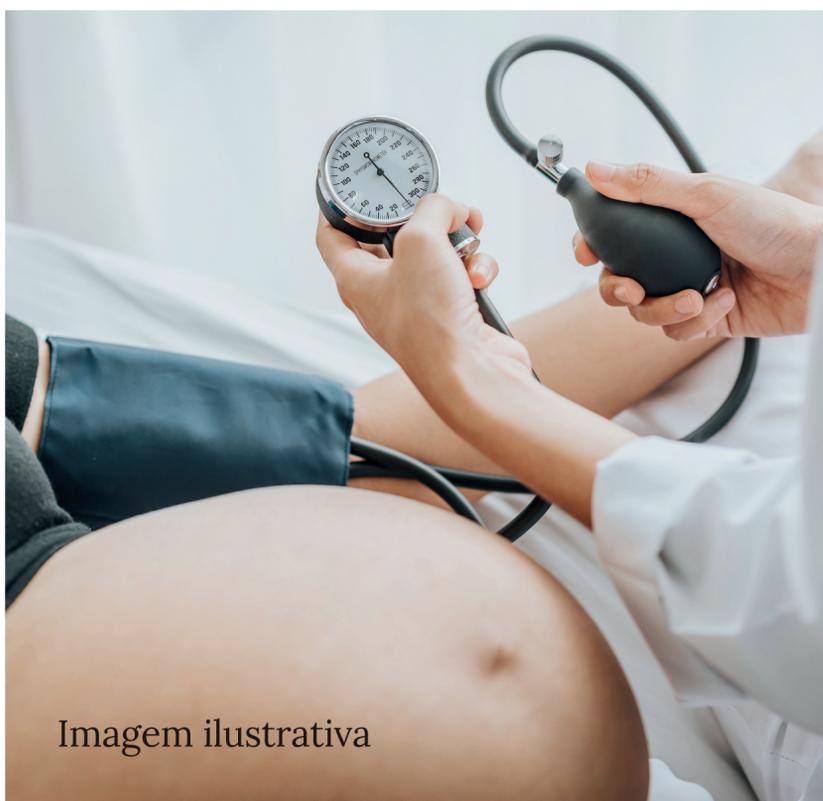


Imagem ilustrativa

5.3.2 Informações e intercorrências

A troca de informações entre a UP e o CRASPP deve ser fundamental para que o fluxo de acompanhamento seja realizado de maneira eficiente e objetiva. Além das informações prestadas no item anterior, a UP é responsável pela comunicação de qualquer intercorrência durante a gestação, parto ou puerpério.

São consideradas intercorrências:

- a) Atendimento da gestante ou bebê em Unidade de Pronto Atendimento;
- b) Internação por emergência ou urgência de gestante ou bebê;
- c) Aborto de qualquer natureza;
- d) Óbito de gestante;
- e) Óbito de bebê (RN ou bebê até 180 dias).

A UP deverá informar o CRASPP, em até 24 horas da ocorrência, pormenorizando os fatos ocorridos e tratativas adotadas.

A informação é importante, também, para acompanhamento de puerpério traumático e em casos em que a unidade necessite de suporte por parte do CRASPP, GPGASPP e DRS para atendimento da demanda em questão.

5.3.3 Transição do cuidado

A transferência e continuidade do cuidado em saúde convoca, necessariamente, um conjunto de atores para o trabalho em rede, discussão, revisão dos processos de trabalho, organização de fluxos internos, entre diferentes serviços envolvidos na rede de atenção (São Paulo, 2015).

Tendo em vista a assistência nos componentes do pré-natal, parto, puerpério e puericultura ser realizada em unidades e por equipes distintas, associada a possibilidade de mudança de território das gestantes, puérperas e seus bebês durante o período de acompanhamento, torna-se importante a busca de estratégias que facilitem a comunicação e planejamento da transição dos cuidados (São Paulo, 2020).

Esse processo, principalmente nas situações de gestantes e recém-nascidos de risco, deve ocorrer de acordo com as singularidades, envolver a rede socioafetiva dessas mulheres e bebês, a discussão entre as equipes e conexão entre os pontos de atenção nos diferentes territórios, evitando a fragmentação/descontinuidade do cuidado e consequências adversas (São Paulo, 2020).

Imagem ilustrativa

5.3.4 O Parto

O parto, que poderá ocorrer de forma natural ou por indicação médica, será realizado em local indicado pela rede referenciada do SUS do município, que atenda às necessidades da gestante e da criança. Por isso, é importante que o pré-natal seja realizado na Rede SUS, que oferecerá subsídios para acompanhamento e indicação do melhor local para o parto, contribuindo assim para a diminuição de riscos de mortalidade durante o parto e neonatal.

A unidade receberá a indicação da referência do parto da gestante através do equipamento de saúde onde o pré-natal é realizado.

Cabe à UP, também, acompanhar a evolução gestacional e os riscos da gestação, os cuidados necessários e as especificidades do caso, sobretudo no que diz respeito ao local adequado para a realização do parto, a data e horário, se indicado pelo médico assistente e demais necessidades que venham ser solicitadas.

Ela ainda deve se informar sobre a previsão do parto da gestante, considerando o risco da gravidez, junto ao equipamento de saúde.



Nos casos em que a UP não possua ala materno infantil, a gestante será transferida para outra unidade prisional entre a 27^a e 34^a semana de gestação ou antes da data do parto, previamente agendada pelo médico, para que haja tempo hábil para acomodação adequada da gestante e tratativas administrativas da unidade.

A unidade prisional de origem, que realizou o acompanhamento do pré-natal, encaminhará prontuário de saúde contendo todas as informações necessárias, cartão da gestante, cópias de exames laboratoriais e de imagem e informações do equipamento de saúde onde o pré-natal foi realizado, para que a unidade receptora possa entrar em contato, caso necessário.



Imagem ilustrativa

5.3.4.1 Avaliação de risco e convívio materno

A UP, em conjunto com a equipe médica responsável pelo puerpério, deve avaliar a saúde mental da puérpera (tabela 4) e as condições e riscos do convívio entre a mãe e o bebê.

Nos casos em que há riscos para uma das partes, é necessário ofertar apoio psicológico e psiquiátrico (se necessário) e avaliar a possibilidade de permanência do bebê em convívio com a mãe.

Não havendo a possibilidade de convívio materno, a UP deverá, juntamente com seu serviço social, contatar a família da genitora e realizar uma sensibilização para que haja o acolhimento do bebê antes do período proposto de 180 dias.

Não havendo familiares da genitora ou em caso de recusa por parte da família em acolher o bebê, a UP informará a Vara da Infância e da Juventude para que possa ser albergado.

5.3.5 Saída da rede de cuidados

Sabemos que são muitas as razões que podem afastar a gestante, a puérpera e o bebê da rede de cuidados do SUS. Diante das possibilidades possíveis, listamos os meios para que o atendimento seja continuado e a assistência seja prestada na sua integralidade:

a) **Alvará de soltura:** em caso de alvará de soltura, a gestante ou puérpera com bebê deverá declarar, por escrito, endereço para localização, que será prontamente informado ao CRASPP de referência pela UP, no ato do cumprimento do alvará. Deverá ser fornecida uma cópia do prontuário de saúde contendo todas as informações referentes ao pré-natal e puerpério, bem como comprovantes de agendamentos de consultas e exames da gestante e/ou bebê, mediante assinatura de recebimento da cópia por parte da gestante ou puérpera. A gestante ou puérpera deverá manifestar, por escrito, o interesse em continuar o acompanhamento no equipamento de saúde a qual está referenciada. O CRASPP informará ao equipamento de saúde acerca do endereço informado e do interesse na continuidade dos atendimentos para que seja realizada a transferência;

b) **Progressão de regime:** em caso de progressão de regime, a gestante deverá ser transferida com seu devido prontuário de saúde contendo cópia de todas as informações pertinentes ao pré-natal. A UP deverá informar o CRASPP sobre a transferência da gestante, para que seja providenciado o agendamento e continuidade do pré-natal em outro equipamento de saúde que abranja a UP receptora;



Imagem ilustrativa

c) Transferência: em casos de transferência até a 34^a semana de gestação, para realização do parto em UP com ala materno infantil, seguindo o contido na Resolução SAP-144/2010, é necessário o envio do prontuário de saúde contendo todas as informações do pré-natal e informe imediato ao CRASPP, para acompanhamento semanal da gestante junto à unidade de saúde até a realização do parto;

d) Óbito: em caso de óbito da gestante, puérpera ou bebê, a UP adotará os procedimentos de praxe e encaminhar as informações para o CRASPP;

e) Entrega do bebê: aos 180 dias do nascimento, o bebê é entregue à família ou ao serviço social. A entrega será programada a fim de minimizar o sofrimento mental da mãe e facilitar o rompimento do vínculo com o bebê, devendo ser acompanhada pela equipe de Agentes Técnicos de Assistência à Saúde (serviço social, psicologia e enfermagem) da unidade. A UP identificará o local de destino do bebê e fornecerá os dados de saúde – histórico de consultas, exames e cartão de vacina ao responsável pela recepção da criança, além de informar ao CRASPP, para que localize o equipamento de saúde que dará continuidade aos atendimentos.



6. ATENDIMENTO AOS BEBÊS

O atendimento se iniciará no momento do parto com a realização dos protocolos previstos pelo SUS. É assegurado ao bebê a realização de todos os testes e exames preconizados ao recém-nascido e fica a unidade prisional responsável pela apresentação da criança em todos os atendimentos aos quais houver orientação médica prevista durante o período em que estiver sob os cuidados maternos.

As apresentações ocorrerão sempre com a presença da mãe, sobretudo nas consultas com o médico, que prestará as informações sobre as condições de saúde, de comportamento e evolução do bebê.

6.1 Consultas

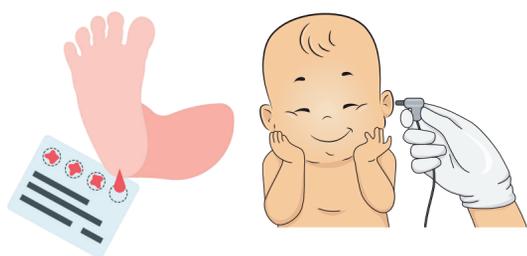
A primeira consulta do bebê ocorrerá, preferencialmente, na 1ª semana de vida, buscando garantir a primeira semana de saúde integral. Desta forma, a unidade prisional informará o CRASPP e a unidade de saúde, imediatamente após o nascimento do bebê, para que o agendamento da primeira consulta seja realizado. A unidade prisional verificará se os seguintes testes foram realizados:

- a) **Teste do Pezinho** – entre o terceiro e quinto dia de vida, na própria unidade de saúde;
- b) **Teste da Orelhinha** – a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) será realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade e, no máximo, durante o primeiro mês de vida;
- c) **Teste do Olhinho** – Teste do Reflexo Vermelho (TRV) será realizado na maternidade e, pelo menos, duas ou três vezes ao longo do primeiro ano de vida;
- d) **Teste do Coraçõzinho** – Oximetria de Pulso será realizada na maternidade com aferição de saturação periférica. O teste será repetido em uma hora e os valores obtidos devem ser comparados para interpretação do resultado;
- d) **Teste da Linguinha** – avaliação do Frênulo Lingual para bebês será realizada na maternidade para identificar se o frênulo lingual limita os movimentos da língua, que são importantes para sugar, mastigar, engolir e falar (Brasil, 2014).

Caso os testes não tenham sido realizados, a unidade prisional informará o CRASPP para ciência e providências junto à unidade de saúde.

As demais consultas ocorrerão conforme orientação e necessidades médicas e serão agendadas pelo equipamento de saúde, assim como possíveis exames e procedimentos poderão ser solicitados.

Em caso de dificuldade no agendamento de procedimentos ou consultas na rede especializada, a UP contatará o CRASPP para intermediação junto ao DRS, na busca de recursos necessários para atendimento às necessidades do bebê.



O calendário de vacinação infantil definido pelo Ministério da Saúde deverá ser cumprido durante o período em que o bebê estiver sob os cuidados materno na UP. Conforme previsão do calendário, algumas vacinas podem ser aplicadas na maternidade e outras poderão ser aplicadas nas consultas, na unidade de saúde.

Contudo, cabe à unidade prisional acompanhar o calendário vacinal do bebê e, em caso de atraso nas doses, encaminhá-lo (juntamente com a mãe) à unidade de saúde para regularização do esquema vacinal.

Abaixo, segue tabela com todas as vacinas obrigatórias previstas até seis meses de vida do bebê:

TABELA 3 - Critérios de vacinação até 6 meses

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO							
Vacinas para a criança							
Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
BCG (1)	Formas graves de tuberculose, meningea e miliar	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	-
Hepatite B recombinante (2)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer	-	-
Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1, 2, e 3	3 doses	2 reforços com a vacina VOP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	-	1º reforço: 6 meses após 3ª dose da VIP 2º reforço: 6 meses após 1º reforço
Rotavírus humano G1P1 (VRH) (3)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias
DTP+Hib+HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, <i>Haemophilus influenzae</i> B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de HB	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Pneumocócica 10-valente (PCV 10) (4)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o reforço
Meningocócica C (Conjugada) (4)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o 1º reforço

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Imagem ilustrativa



6.3 Comorbidades

Caso o bebê nasça com alguma doença congênita e/ou portador de deficiência, que necessite de rede especializada, a unidade prisional informará o CRASPP que juntamente com a unidade de saúde e o DRS buscarão meios junto à rede SUS para atender o bebê e suas necessidades.

Imagem ilustrativa



7. O PUERPÉRIO

O puerpério é o período compreendido entre o 1º e o 45º dia após o parto. É garantido pelo SUS atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto) (Brasil, 2012b).

São objetivos do acompanhamento do puerpério:

-  Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido (RN);
-  Orientar e apoiar a amamentação;
-  Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
-  Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
-  Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
-  Orientar o planejamento familiar;
-  Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Além da avaliação da saúde física da mulher e do RN, o acompanhamento avaliará a saúde mental da mulher. Sabe-se que a exposição hormonal durante a gestação e fatores estressores podem culminar em situações de sofrimento mental puerperal. Desta forma a unidade prisional também acompanhará a evolução da saúde física e mental da mulher para que os sintomas possam ser detectados e hajam intervenções precoces.

As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher. Na Tabela 4, constam algumas das formas de sofrimento psíquico que podem ocorrer com as puérperas, após o nascimento do bebê. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação de sinais, sintomas e seu desenvolvimento, considerando o início no primeiro ano após o parto (Kaplan; Sadock, 1999).



TABELA 4 - Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais

	Tristeza Puerperal ou (Baby Blues ou Maternal Blues)	Depressão puerperal (ou Depressão Pós-Parto)	Transtorno Psíquico Puerperal
Conceitos	Alteração transitória. leve e	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso.	Distúrbio de humor psíquico, com apresentação de perturbações mentais graves.
Prevalência	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério.	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério.	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto.
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
Curso prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.

Fonte: (Zanotti et al., 2003; ROCHA, 1999; Kaplan et al., 1999, adaptado).

Devido às altas prevalências das alterações mentais puerperais, destaca-se a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente tais sofrimentos na assistência à saúde da mulher. Cabe salientar que a tristeza puerperal, diferentemente da depressão pós-parto, não é codificável segundo as classificações dos transtornos mentais e tende a desaparecer naturalmente entre uma semana e dez dias. Uma tristeza puerperal muito intensa e duradoura pode ocasionar adiante uma depressão pós-parto, o que merece atenção dos profissionais de saúde (Brasil, 2012b).

7.1 Puerpério traumático

A tristeza puerperal é mais leve e ocorre com muita frequência no pós-parto, não sendo considerada um transtorno, embora sua persistência possa vir a indicar o início de um sofrimento mental mais grave. Os seus fatores incluem acontecimentos de vida recentes (como a doença de um familiar), antecedentes pessoais ou familiares de depressão, sintomas depressivos na gravidez, bem como síndrome pré-menstrual ou perturbação disfórica pré-menstrual (O'Hara et al., 1995). Podemos considerar o encarceramento, um acontecimento de vida de relevância, como fator de risco.

Os fatores de risco para o transtorno psicótico puerperal incluem o fato da mulher ter histórico de transtorno psicótico ou perturbação depressiva maior (Brasil, 2012b, apud Cohen et al., 1994). De acordo com Andrade (2006), o risco para episódios psicóticos no pós-parto é mais elevado em mulheres que já tiveram manifestações puerperais de transtornos de humor ou história pregressa de transtorno afetivo não puerperal.

Nos casos em que a mulher estiver em sofrimento mental puerperal, o serviço de referência será imediatamente comunicado pela unidade prisional para que as tratativas preconizadas pelo SUS sejam realizadas, sobretudo nos casos em que a mulher necessite de acompanhamento medicamentoso.

Na ocorrência de aborto, morte fetal (em gestações avançadas) ou morte de RN, a puérpera será acompanhada por equipe multidisciplinar para realização de acolhimento e demais atendimentos que venham a contribuir com a sua saúde física e mental.

A UP atenderá, conforme fluxo interno, a puérpera com a equipe multidisciplinar enquanto houver a necessidade de acompanhamento.



Imagem ilustrativa

APÊDICE A - FLUXO DE ACOMPANHAMENTO - REGIÃO METROPOLITANA

O fluxo de acompanhamento, em cada unidade prisional, se dará de acordo com as propostas definidas neste documento. Contudo, a rede de cuidados, de atendimento e atenção básica é particular de cada unidade e necessita de especificidades locais entre a UP e a rede de atendimento. Desta forma, cada regional é responsável pelas unidades com gestantes, puérperas e bebês e auxiliará para que o acompanhamento aconteça na sua integralidade.

Acompanhamento na Região Metropolitana

Em atendimento às demandas das unidades prisionais femininas da Região Metropolitana e a partir de ampla interlocução com a rede, a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário - CSSP, em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde - SES, Secretaria Municipal da Saúde - SMS de São Paulo e de Franco da Rocha, Centro de Referência e Treinamento - CRT DST/AIDS-SP, Fundação Juquery e Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário - CHSP, definiram o fluxo de atendimento direcionado às gestantes das UPs da Região Metropolitana.

O referido fluxo compreende a atenção ao pré-natal e ao puerpério junto à Atenção Básica de Saúde referenciada no território numa perspectiva humanizada e em consonância com os princípios do SUS

e PNAISP, trazendo um ganho qualitativo na medida em que as mulheres e seus bebês forem incluídos nos sistemas oficiais de monitoramento dos municípios de São Paulo e de Franco da Rocha, além de serviços multidisciplinares em saúde que poderão ser acessados.

Centro de Detenção Provisória Feminino de Franco da Rocha

O fluxo de atendimento do Centro de Detenção Provisória de Franco da Rocha, com mulheres gestantes em regime fechado, será realizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Franco da Rocha junto ao programa Mãe Franco Rochense. Por meio do PNAISP, o pré-natal será realizado na unidade prisional pelos médicos generalistas e os exames laboratoriais e de imagem serão realizados na rede municipal de saúde de Franco da Rocha:

- a) **Inclusão:** na inclusão de mulheres em idade gestacional avançada ou em suspeita de gravidez, será realizada entrevista investigativa, com intuito de resgatar informações acerca da gestação atual e anteriores e acompanhamento médico na Rede SUS ou particular. Em caso de gestante vinda de outra UP, prosseguir o atendimento com o médico generalista da unidade prisional;

- b) Realização de testagem:** realizar testes rápidos Anti-HIV, sífilis e hepatites. Realizar testes em gestantes e nas mulheres que testarem positivo para gravidez, inclusas na SAP, que forem iniciar o pré-natal;
- c) Tratamento de Sífilis:** em caso de teste positivo de sífilis, seguir protocolos definidos no Item 4.1.2. Providenciar consulta com médico generalista da UP e coleta de exames laboratoriais;
- d) Primeira consulta:** primeira consulta: providenciar agendamento de consulta com médico generalista que atende na UP para início/continuidade do pré-natal. É aberto Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no E-SUS da gestante que será alimentado com os resultados dos exames;
- e) Acompanhamento:** as consultas serão realizadas na UP pelos médicos generalistas e os exames serão realizados nos equipamentos da rede municipal de saúde de Franco da Rocha;
- f) Parto:** o parto será realizado no Conjunto Hospitalar do Mandaqui para gestações de baixo ou alto risco;
- g) Puericultura:** após o parto, a UP deverá encaminhar a puérpera e o RN, com prontuário de saúde e toda a documentação do pré-natal, para a Penitenciária Feminina de Sant'Ana;
- h) Suporte:** a Rede Municipal de Saúde de Franco da Rocha e Equipe PNAISP prestarão atendimento na atenção básica, em gestação de baixo e alto risco, respectivamente. Caso necessário, o DRS I e o CRASPP Metropolitana poderão atuar no suporte à rede referenciada e especializada estadual, para complementação diagnóstica, que a gestante possa vir a necessitar;
- i) Transferência:** em caso de transferência, encaminhar prontuário de saúde com cartão do pré-natal para continuidade em outra UP;
- j) Entrega do bebê:** Não aplicável nesta UP;
- k) Alvará de soltura:** em caso de gestante com concessão de alvará de soltura, entregar cartão do pré-natal, exames de imagem e laboratoriais e relatórios médicos para continuidade do pré-natal, mantendo cópia de toda a documentação entregue no prontuário de saúde penitenciário.

Penitenciária Feminina de Sant'Ana

O fluxo de atendimento da Penitenciária Feminina de Sant'Ana, com mulheres gestantes em regime fechado, será compreendido entre o CHSP e UBS territorial conforme descrito:

- a) **Inclusão:** na inclusão de mulheres em idade gestacional avançada ou em suspeita de gravidez, realizarão entrevista de inclusão investigativa, com intuito de resgatar informações acerca da gestação atual e anteriores e acompanhamento médico na Rede SUS ou particular. Em caso de gestante vinda de outra UP, prosseguir com atendimento com agendamento de pré-natal ou puericultura na UBS de referência;
- b) **Realização de testagem:** realizar testes rápidos Anti-HIV, sífilis e hepatites em gestantes e nas mulheres que testarem positivo para gravidez inclusas na rede SAP e que forem iniciar o pré-natal;
- c) **Tratamento de Sífilis:** em caso de teste positivo de sífilis, seguir protocolos definidos no Item 4.1.2;
- d) **Primeira consulta:** encaminhar pedido de consulta em Ginecologia no CHSP para o CRASPP Metropolitana. O Centro encaminhará o comprovante de agendamento da consulta à UP;
- e) **Acompanhamento:** a partir da primeira consulta realizada no CHSP, a UP solicitará agendamento de pré-natal na UBS. As consultas e exames serão realizados na UBS obedecendo o fluxo de atendimento do equipamento de saúde;
- f) **Parto:** o parto será realizado no Conjunto Hospitalar do Mandaqui. É responsabilidade da UP o agendamento de consulta e exames indicados, se necessário, pelo “Alô, Mãe”, junto à UBS, imediatamente após alta da puérpera;
- g) **Puericultura:** conforme preconizado pelo SUS (Brasil, 2012b), após o parto, a UP agendará a primeira consulta com pediatra para o RN em até 42 dias na UBS. As consultas, exames e vacinação serão realizadas na UBS obedecendo o fluxo de atendimento do equipamento de saúde;
- h) **Suporte:** a UBS e o Conjunto Hospitalar do Mandaqui prestarão atendimento nas gestações de baixo e alto risco. Caso necessário, o DRS I e o CRASPP Metropolitana poderão atuar no suporte à rede referenciada e especializada estadual, para complementação diagnóstica, que a gestante possa vir a necessitar;

i) Transferência: em caso de transferência, encaminhar prontuário de saúde com cartão do pré-natal para continuidade em outra UP;

j) Entrega do bebê: ao sexto mês a criança será entregue à família ou a um abrigo conforme trabalho a ser desenvolvido pelo serviço social da UP. Nesse momento, serão entregues os cartões do bebê, da puericultura e de vacinação, os resultados de exames de imagem e laboratoriais e os relatórios médicos (se houverem), mantendo cópia de toda a documentação entregue no prontuário de saúde penitenciário;

k) Alvará de soltura: em caso de gestante ou puérpera com bebê com concessão de alvará de soltura, entregar cartão do pré-natal, do bebê, de vacinação, exames de imagem e laboratoriais e relatórios médicos para continuidade do pré-natal ou puericultura, mantendo cópia de toda a documentação entregue no prontuário de saúde penitenciário.

Penitenciária Feminina da Capital

O fluxo de atendimento da Penitenciária Feminina da Capital, com mulheres gestantes em regime semiaberto, será compreendido entre o CHSP e UBS territorial conforme descrito:

a) Inclusão: na inclusão de mulheres em idade gestacional avançada ou em suspeita de gravidez, realizarão entrevista de inclusão investigativa, com intuito de resgatar informações acerca da gestação atual e anteriores e acompanhamento médico na Rede SUS ou particular. Em caso de gestante vinda de outra UP, prosseguir o atendimento com agendamento de pré-natal ou puericultura na UBS de território;

b) Realização de testagem: realizar testes rápidos Anti-HIV, sífilis e hepatites em gestantes e nas mulheres que testarem positivo para gravidez inclusas na SAP e que forem iniciar o pré-natal;

c) Tratamento de Sífilis: em caso de teste positivo de sífilis, seguir protocolos definidos no Item 4.1.2;

d) Primeira consulta: encaminhar pedido de consulta em Ginecologia no CHSP para o CRASPP Metropolitana. O Centro encaminhará o comprovante de agendamento da consulta à UP;

e) Acompanhamento: a partir da primeira consulta realizada no CHSP, a UP solicitará agendamento de pré-natal na UBS, onde será inserida no programa Mãe Paulistana. As consultas e exames serão realizados na UBS obedecendo o fluxo de atendimento do equipamento de saúde;

f) Parto: o parto será realizado no Conjunto Hospitalar do Mandaqui. É responsabilidade da UP o agendamento de consulta e exames indicados, se necessário, pelo “Alô Mãe”, junto à UBS, imediatamente após alta da puérpera;

g) Puericultura: conforme preconizado pelo SUS (Brasil, 2012b), após o parto, a UP agendará a primeira consulta com pediatra para o RN em até 42 dias na UBS. As consultas, exames e vacinação serão realizados obedecendo o fluxo de atendimento do equipamento de saúde;

h) Suporte: a UBS e o Conjunto Hospitalar do Mandaqui prestarão atendimento nas gestações de baixo e alto risco. Caso necessário, o DRS I e o CRASPP Metropolitana poderão atuar no suporte à rede referenciada e especializada estadual, para complementação diagnóstica, que a gestante possa vir a necessitar;

i) Transferência: em caso de transferência, encaminhar prontuário de saúde com cartão do pré-natal para continuidade em outra UP;

j) Entrega do bebê: ao sexto mês a criança será entregue à família ou a um abrigo conforme trabalho a ser desenvolvido pelo Serviço Social da UP. Nesse momento, serão entregues os cartões do bebê, da puericultura e de vacinação, os

resultados de exames de imagem e laboratoriais e os relatórios médicos (se houverem), mantendo cópia de toda a documentação entregue no prontuário de saúde penitenciário;

k) Alvará de soltura: em caso de gestante ou puérpera com bebê, com concessão de alvará de soltura, entregar cartão do pré-natal, do bebê, de vacinação, exames de imagem e laboratoriais e relatórios médicos para continuidade do pré-natal ou puericultura, mantendo cópia de toda a documentação entregue no prontuário de saúde penitenciário.

Centro de Progressão Penitenciária Feminino de São Miguel Paulista

O fluxo de atendimento do Centro de Progressão Penitenciária Feminino de São Miguel Paulista, com mulheres gestantes em regime semiaberto, será compreendido pela UBS territorial conforme descrito:

a) Inclusão: na inclusão de mulheres em idade gestacional avançada ou em suspeita de gravidez, realizarão entrevista de inclusão investigativa, com intuito de resgatar informações acerca da gestação atual e anteriores e acompanhamento médico na Rede SUS ou particular. Em caso de gestante vinda de outra UP, prosseguir com atendimento com agendamento de pré-natal ou puericultura na UBS de território;

- b) Realização de testagem:** realizar testes rápidos Anti-HIV, sífilis e hepatites. Realizar testes em gestantes e nas mulheres que testarem positivo para gravidez que forem inclusas na SAP e que forem iniciar o pré-natal;
- c) Tratamento de Sífilis:** em caso de teste positivo de sífilis, seguir protocolos definidos no Item 4.1.2;
- d) Primeira consulta:** solicitar agendamento de consulta de pré-natal na UBS de referência, onde será inserida no Programa Mãe Paulistana;
- e) Acompanhamento:** a partir da primeira consulta realizada no CHSP, a UP solicitará agendamento de pré-natal na UBS, onde será inserida no programa Mãe Paulistana. As consultas e exames serão realizados obedecendo o fluxo de atendimento do equipamento de saúde;
- f) Parto:** o parto será realizado no Conjunto Hospitalar do Mandaqui. A gestante será removida em trânsito amamentação a partir de 27^a semanas de gestação para a Penitenciária Feminina da Capital portando prontuário de saúde e Cartão da Gestante. Em caso de intercorrência gestacional e/ou urgência, o parto será realizado no Hospital Municipal Tide Setúbal;
- g) Puericultura:** se realizado o parto, o RN e a puérpera serão transferidos em trânsito amamentação para a Penitenciária Feminina da Capital, munidos de prontuário de saúde, cartão de vacinação e certidão de nascimento do bebê. A puericultura será realizada pela Penitenciária Feminina da Capital junto a UBS de referência;
- h) Suporte:** a UBS de território e o Hospital Municipal Tide Setúbal prestarão atendimento em gestação de baixo e alto risco. Caso necessário, a DRS I e o CRASPP Metropolitana poderão atuar no suporte à rede referenciada e especializada estadual para complementação diagnóstica que a gestante possa vir a necessitar;
- i) Transferência:** em caso de transferência, encaminhar prontuário de saúde com cartão do pré-natal para continuidade em outra UP;
- j) Entrega do bebê:** não aplicável nesta UP;
- k) Alvará de soltura:** em caso de gestante com concessão de alvará de soltura, entregar cartão do pré-natal, exames de imagem e laboratoriais e relatórios médicos para continuidade do pré-natal, mantendo cópia de toda a documentação entregue no prontuário de saúde penitenciário.



REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. H. S. G. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher.** Rev. Psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 33, n. 2, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/fjvW8JgthHDhGjhyDxyVRZj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras.** Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf. Acesso em 08/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST/ Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_vsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em 08/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico [internet].** 5ed. Brasília; 2012a:302p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 17.dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet].** (Cadernos de Atenção Básica, nr. 32). Brasília; 2012b:318p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 17.dez, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2015. Disponível em: < https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf >. Acesso em: 20. dez.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. [internet]. Brasília; 2016:230p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf> Acesso em: 17. dez.2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução N°252, de 4 de setembro de 2018.** Brasília; 2018. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2667>. Acesso em: 17.dez.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf >. Acesso em: 21. Dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Relatório de Informações Penais – 15º Ciclo Sisdepen – 2º Semestre de 2023.** – [internet]. Brasília, 2023. Disponível em <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2-semester-de-2023.pdf>. Acesso em: 08/04/2024.

BRASIL. Poder Legislativo. **Lei nº13.002 de 20 de junho de 2014.** Brasília. 2014. Disponível em: < <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1000&pagina=1&totalArquivos=16>>. Acesso em: 10.abr.2023.

BRASIL. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf> Acesso em: 16. jan.2023.

CAO C, CAI W, NIU X, FU J, NI J, LEI Q, NIU J, ZHOU X, LI Y. **Prehypertension during pregnancy and risk of small for gestational age: a systematic review and meta-analysis.** *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Sep 3:1-8. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1519015?journalCode=ijmf20>>. Acesso em: 17.dez. 2022.

COHEN, L. S. et al. **Postpartum course in women with preexisting panic disorder.** *J. Clin. Psychiatry*, [s.l.], v. 55, n. 7, p. 289-292, 1994.

EBRAHIM ZF, OLIVEIRA MCQ, PERES MPSM, FRANCO JB. **Tratamento Odontológico em Gestantes.** *Science in Health.* v.5, n.1, p.32-44, 2014.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

O'HARA, M. W. **Postpartum depression: Causes and consequences.** New York: Springer Verlag, 1995.

PEDRINI L, Prefumo F, Frusca T, Ghilardi A. **Counselling about the Risk of Preterm Delivery: A Systematic Review. Biomed Res Int.** 2017;7320583. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/7320583/> Acesso em: 17.dez. 2022.

RIBEIRÃO PRETO, Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde. Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM). **Protocolo de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério. Ribeirão Preto.** 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1010202212.pdf>. Acesso em: 07 jan.2023.

ROCHA, F. L. **Depressão puerperal: revisão e atualização.** Jornal brasileiro de psiquiatria, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 105-114, mar. 1999. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/880/1053> >. Acesso em: 27. dez.2022.

SÃO PAULO. Centro de Controle de Doenças. **Nota Técnica 07 - Alta Responsável nas maternidades do Estado de São Paulo.** São Paulo, 2020. Disponível em <<https://saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/aceso-rapido/comite-mortalidade-materna-infantil-e-fetal/documentos-norteadores-e-notas-tecnicas/notas-tecnicas>>. Acesso em 13.jan.2023.

SÃO PAULO. Secretaria da Administração Penitenciária. **Resolução nº 144/2010, de 29 de junho de 2010.** Institui o Regimento Interno Padrão das Unidades Prisionais do Estado de São Paulo. [internet]. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/resolucoes/Res%20SAP%20144%20de%202010.pdf.> Acesso em 08/04/2024.

SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Deliberação CIB-62.** São Paulo, 2012. Disponível em:< https://saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2012/E_DL-CIB-62_060912.pdf>. Acesso em: 15.mar.2023.

SÃO PAULO. Núcleo Técnico de Humanização. **Política Estadual de Humanização SES SP - Condução do Processo ou Modo de Caminhar de acordo com a Diretriz Transição do Cuidado e Produção de Redes.** São Paulo, 2015. Disponível em <<https://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/sus-e-a-politica-de-humanizacao/sus-e-a-politica-de-humanizacao>>. Acesso em 13.jan.2023.

WHO Guideline on Syphilis Screening and Treatment for Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2017. 01, Introduction. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499742/pdf/Bookshelf_NBK499742.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2022.

ZANOTTI, D. V. et al. **Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra.** Revista Nursing. [S.l.], v. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Administração Penitenciária
Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário