

Pré-Natal-Baixo Risco



Série: Protocolos Técnicos – 2.014 - PAISM- Pré Natal

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa- Pr



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA

Prefeito Municipal: Marcelo Rangel

Secretária Municipal de Saúde: Angela Conceição Oliveira Pompeu

Equipe Técnica:

Superintendente: Luiz Antonio Delgobo

Supervisão da Assstência à Saude: Helsinki Carriello

Coordenador da Assistência Primária: Robson Xavier da Silva

Diretor de Vigilância à Saúde: Luiz Carlos Coradassi

Coordenadora da Atenção Secundária: Paola Horochoski

Apoio Técnico de elaboração deste protocolo:

Dra. Sonia Regina Weber Ribas

Dr. Octacílio da Silva Couto

Enf. Lilian Maria Pinheiro

Enf. Adriana C. O. Alves

Enf. Elaine Cristina Pontarollo Artero

Enf. Jean Fernando Sandeski Zuber

Enf. Úrsula Kemmelmeier

Enf. Maria Raquel Itschuk

Renata Moraes

Ana Paula Ohata

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	7
1.1 – JUSTIFICATIVA	8
1.2 – OBJETIVOS	
1.2.1 – Objetivo Geral	8
1.2.2 – Objetivos Específicos	8
2- ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	
2.1 - Acompanhamento das consultas do Pré-natal	9
2.2 - Aspectos importantes da Assistência Pré-natal	10
2.3 – Critérios quanto ao Risco Gestacional	12
2.3.1 - RISCO HABITUAL	12
2.3.2 - RISCO INTERMEDIÁRIO	13
2.3.3 ALTO RISCO	13
2.4 - Calendário De Consultas	15
2.5 - Roteiro Das Consultas Subsequentes	15
2.6 - Exames de rotina na primeira consulta	18
2.7 – Imunização Da Gestante	19
3 – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS	
3.1 - Hemograma/Eritrograma	21
3.2 - Grupo sanguíneo e fator Rh	22
3.3 - Sorologia para Sífilis	22
3.4 - Diabetes gestacional - rastreio, diagnostico e reclassificação	24
3.5 - Exames de Urina	26
3.6 - Sorologia para HIV – teste rápido	29

3.7 - Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)	30
3.8 - Sorologia para hepatite B – teste rápido	31
3.9 – Citologia Oncótica – Preventivo do Câncer do colo uterino	32
3.10 – Ultrassonografia Obstétrica	35
4 – INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL	
4.1 - Rastreio e diagnóstico de restrição de crescimento fetal	36
4.2 – Síndromes Hipertensivas	37
4.2.1 – HAS Crônica	38
4.2.2 - Pré-eclâmpsia	39
4.2.3 – Eclâmpsia	39
4.2.4 - Hipertensão arterial crônica + pré-eclâmpsia	40
4.2.5 - pré eclâmpsia sem proteinúria (DHEG)	40
4.2.6 - Síndrome de HELLP	40
4.2.7 - Prevenção da HAS	41
4.3 - Hiperêmese Gravídica	41
4.4 – Pirose – Azia	42
4.5 - Dor Abdominal, Cólicas, Flatulência E Obstipação Intestinal	42
4.6 – Cefaléia – Dor de Cabeça	42
4.7 - Doenças Infecciosas	42
4.7.1 – HERPES	42
4.7.2 - CANCRO MOLE	43
4.7.3 – LEUCORRÉIAS	43
4.7.4 - CANDIDÍASE, TRICOMONÍASE E VAGINOSE	43
4.7.5 – CERVICITES	43
4.7.6 - CONDILOMA ACUMINADO	43
4.7.7 - PARASITÓSES	44

4.8 - Síndromes Hemorrágicas	45
4.9 - Ameaça de parto prematuro	46
5 - VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE	
5.1 - Saúde Mental	46
5.1.1 - Transtornos Psiquiátricos E Uso De Álcool E Outras Drogas Na Gestação	47
5.2 - Saúde Bucal	48
6 - CUIDADOS COM AS MAMAS NA GRAVIDEZ / ALEITAMENTO MATERNO	49
7 - PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS À GRÁVIDAS E LACTANTES	49
8 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	
8.1 - Atribuições Da Equipe De Saúde Da Família (Esf)	51
8.1.1 - Atribuições comuns	51
8.1.2 - Atribuições do ACS	52
8.1.3 - Atribuições dos Técnicos de Enfermagem	53
8.1.4 - Atribuições do Enfermeiro na ESF	54
8.1.5 - Atribuições do Médico da USF	55
8.2 - Educação em Saúde / Fluxo na USF	56
9 – ENCAMINHAMENTOS	
9.1 - Quando e como encaminhar as Gestantes à Atenção Secundária (CMM)	57
9.2 – Quando e como encaminhar as Gestantes à Maternidade	58
9.3 – Fluxograma para Encaminhamento das Gestantes	59
9.4 – Fluxo conforme Estratificação de Risco	60
9.4.1 – Unidades de Saúde – Centro Municipal da Mulher	60

9.4.2 – Centro Municipal da Mulher – Unidades de Saúde	60
9.4.3 – Unidades de Saúde – Hospital de Referência	60
9.4.4 – Hospital de Referência – Unidades de Saúde	61
9.4.5 – Centro Municipal da Mulher – Hospital de Referência	61
9.4.6 – Hospital de Referência - Hospital de Referência para Alto Risco	61
10 – PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE	62
ANEXOS:	
Anexo I – POP 078 - Cálculo da Idade Gestacional	63
Anexo II – POP 079 - Cálculo Da Data Provável Do Parto (DPP)	65
Anexo III – POP 080 - Palpação Obstétrica	67
Anexo IV – POP 081 - Medida Da Altura Uterina (AU)	69
Anexo V – POP 082 - Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF)	71
Anexo VI – POP 083 - Verificação da presença de edema	73
APÊNDICE	
APÊNDICE A – Guia de Consulta Rápida ao Protocolo	75
APÊNDICE B – Relação de Medicamentos a serem prescritos pelos profissionais Enfermeiros	77
REFERÊNCIAS	78

1- INTRODUÇÃO

A PM de Ponta Grossa, através da SMS, tem desenvolvido esforços, no sentido de consolidar a área de saúde, através da reorganização das ações e serviços de saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas a ampliar o acesso da população, melhorar a qualidade da assistência e consolidar o SUS local.

Estes esforços visam consolidar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a reorganização do processo de trabalho, em cada unidade (USF).

Entendemos que para isso, é essencial o envolvimento e a participação dos trabalhadores de saúde, fortalecendo-os, incentivando-os e capacitando-os, a fim de que se tornem parceiros ativos, na construção do SUS, que tanto sonhamos.

Se faz necessário, a organização, a padronização e estratificação das ações de saúde, através da implantação de **PROTOCOLOS CLÍNICO-TERAPEUTICOS**.

Um protocolo é um instrumento que estabelece normas e critérios, para intervenções técnicas, multiprofissional, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes à assistência, na rede de serviços de saúde. Orienta os diferentes profissionais em suas áreas de atuação e realização de suas funções, pautando-se em conhecimentos científicos, que balizam as práticas sanitárias para a coletividade e no modelo assistencial adotado. Portanto, o **protocolo** reflete a política assistencial assumida pela SMS-PG, bem como suas opções éticas, para organização do trabalho em saúde, as escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis, para o processo de enfrentamento dos problemas de saúde, priorizando em sua época, segundo suas magnitudes.

Aqui, apresentamos a proposta para a **reorganização da Assistência Pré-Natal, de Baixo Risco**, a ser desenvolvida nas USF.

Este protocolo segue a linha guia da Rede Mãe Paranaense. Esta Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil tem o objetivo de reduzir os índices da morbimortalidade, a organização e qualificação dos serviços de saúde e ampliação do acesso. Está implantada no Estado desde 2011, e segue as diretrizes do MS do Brasil.

Portanto, este protocolo representa um grande esforço de profissionais e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Atenção Básica, no sentido de padronizar ações e procedimentos, qualificando à assistência, neste grupo populacional. É uma ferramenta para impulsionar a construção coletiva do processo de trabalho nas UBS, e que necessita ser aperfeiçoado continuamente.

1.1 - JUSTIFICATIVA

O resultado da morbimortalidade materno infantil, está relacionada a fatores como condições de vida, escolaridade materna e oportunidade de acesso aos serviços de saúde, em tempo hábil. A OPAS/OMS considera como baixa a **Razão da Mortalidade Materna (RMM)**, menor que 20 mortes por 100.000 NV. A RMM no Paraná em 2000 foi de 90,5/100.000 NV, sendo reduzida para 66,4/100.000 NV, em 2000, uma redução de 26,6% e 51,7/100.000 em 2.011. DEHG e as hemorragias maternas são as causas mais freqüentes, representando 32,2%, das mortes registradas.

Em 2012, a **RMM** em Ponta Grossa foi de 19,03 (Pr: 38,33; Br: 54,48).

A **RMM** reflete diretamente a qualidade da atenção à saúde da mulher.

Quanto a da Mortalidade Infantil, no Estado, a redução é lenta e desigual. O **Coefficiente de Mortalidade Infantil (CMI)** foi de 16,6/1.000 NV, em 2002 e 11,65/1.000NV, em 2011 evidenciando uma redução de 3,6%, na Mortalidade Infantil, no período. A **Mortalidade Infantil no Paraná é preponderantemente NEONATAL (70%)**, sendo que a maior concentração dos óbitos ocorreu no período, perinatal, (22 semanas de gestação até 07 dias após o nascimento), revelando a estreita relação desse evento com a qualidade da atenção á saúde da gestante, parto e recém-nascido. **Em relação a evitabilidade, dos óbitos infantis, 61,5%, deles em 2.010(SIMI), foram considerados EVITÁVEIS.**

Na série histórica, notamos redução gradativa da mortalidade materna e infantil (Vide gráfico). Em 2012, em Ponta Grossa, o **CMI** foi de 10,26 (Pr: 11,67; Br: 13,460).

Embora lenta e gradual, precisamos intervir de forma incisiva, para a redução destes indicadores. A intervenção de forma equalizada, organizada e objetiva, deve ser iniciada a partir da leitura da realidade e organização das praticas e ações de saúde específicas. Este é o propósito deste PROTOCOLO.

1.2 - OBJETIVOS:

1.2.1- Geral: Redução da Mortalidade materno-infantil, em PG;

1.2.2 - Específicos:

- Aumentar o acesso e adesão ao Pré-Natal (maior número de gestantes e o mais precoce possível)
- Melhorar a qualidade da assistência Pré-Natal
- Padronizar as condutas e avaliações
- Reorganização dos serviços, na Atenção Básica
- Implementar a reorganização do processo de trabalho nas USF
- Padronizar condutas clínico-terapêuticas, na Rede Municipal de Saúde

2 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

2.1 - ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL:

Cronograma das atividades do pré-natal (checklist):

IDADE GESTACIONAL	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE		
	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.	6ª.	7ª.
Atividades de rotina / Consultas							
Captação	X						
Inscrição/ Registro/ Cartão Gestante	X						
Consultas: médico /enfermagem	X	X	X	X	X	X	X
Exame clínico geral	X	X	X	X	X	X	X
Exame ginecológico – Toque (Se Necessário)						X	X
Coleta Material – Citologia oncótica, SN	X						
Exame Odontológico c/ programação	X						
Determinação da Idade Gestacional / Acompanhamento	X	X	X	X	X	X	X
Ultrassonografia Obstétrica	12-14 sem		20-23 sem				
Determinação do Grupo Sanguíneo / Fator Rh	X						
Pesquisa Coombs Indireto p/ gestante Rh NEGATIVO		X		X		x	
Determinação Hematócrito e Hemoglobina	X			X		X	
Ex Urina: Rotina + Cultura	X		X	X			
Glicemia em jejum	X			X			
Rastreamento diabetes gestacional(TTGO)					24-28 semanas		
Pesquisa para Hepatite B(HbsAg)				X			
Pesquisa para HIV	X			X			
Pesquisa para Sífilis-VDRL	X		X		X		
Pesquisa sorológica TOXOPLASMOSE (IgM/ IgG)	X		gestante Susceptível		gestante susceptível		
Avaliação Fetal(Situação/ palpação/apresentação)			X	X	X	X	X
Avaliação do Crescimento fetal (Altura Uterina)	X		X	X	X	X	X
Avaliação da vitalidade fetal(BCF e Movimentos Fetais)	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de Níveis pressóricos	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de Peso	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do estado nutricional (IMC)	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa de Edema	X	X	X	X	X	X	X
Sulfato ferroso/Ácido fólico	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação anti tetânica (gest não imune)	X	X	X				
Registros no cartão Gestante	X	X	X	X	X	X	X
Registros no Prontuário Médico	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do risco gestacional	X	X	X	X	X	X	X

Atividade de Educação p/ saúde	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhamento à maternidade*							40 sem

*Se intercorrências.

As atividades de rotina de controle do pré-natal, aqui relacionadas, servem para orientar e permitir aos profissionais, uma visão geral e o acompanhamento da mulher grávida. O número de consultas, de exames e outros, aqui listados, podem ser utilizados, conforme necessidade individual das gestantes e/ou intercorrências.

No caso de ingresso tardio, será necessário, o cumprimento das etapas anteriores, em atraso.

A PORTA DE ENTRADA PARA A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DA GESTANTE DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA É A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DE SUA RESIDÊNCIA.

2.2 - Aspectos importantes da Assistência Pré-natal:

- Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal.

- Devem ser garantidas, no mínimo, **07(sete) consultas de Pré-Natal, médica e de enfermagem intercaladas; 01 consulta no Puerpério;**

- A gestante deve ser captada o mais precoce possível, na comunidade;

- O papel do **ACS** e suas responsabilidades, são de extrema importância;

- O **acolhimento** pela ESF é fundamental, na inclusão da mulher grávida e torna-se importante para adesão e vínculo;

- **Toda a ESF**, deve estar envolvida no planejamento do Pré-Natal e assistência;

- A **Educação para a Saúde**, individual ou coletiva, é parte integrante da assistência;

- É obrigatório a avaliação e definição do **Risco Gestacional** e a estratificação do risco, para toda gestante, inscrita no Pré-Natal;
- É necessário e estratégica, a **vinculação da gestante á uma maternidade de referência**;
- O **trabalho e ações de Enfermagem** são de extrema importância no Pré-Natal;
- É **obrigatório** e de extrema importância o **registro de todos os dados e informações da gestante e gestação**, no Prontuário, Cartão da Gestante e Sistemas de informação;

Isto tem um **caráter legal e epidemiológico**.

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: seqüência de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos.

*****ATENÇÃO:**

A inscrição da gestante no município de Ponta Grossa deve ser realizada pelo enfermeiro, na primeira consulta comprovada gravidez, respeitando-se os seguintes passos:

- Abertura Carteirinha de Gestante, VINCULAR A GESTANTE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA (RISCO HABITUAL OU RISCO INTERMEDIÁRIO) e do número do SISPRENATAL;

****NUNCA ASSINALAR/ESCREVER/CARIMBAR ALTO RISCO - POR MAIS QUE A GESTANTE SEJA ALTO RISCO – ESSA ESTRATIFICAÇÃO SÓ OCORRE NO CENTRO MUNICIPAL DA MULHER, APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA****

- Avaliação clínica e registro das informações no prontuário e na Carteirinha da Gestante;
- Solicitação dos exames complementares de rotina preconizados neste protocolo;
- Orientações e atualizações do calendário de vacinas;

- Orientação e coleta do preventivo de câncer de colo de útero;
- Registro na carteira da gestante das informações obtidas na consulta;
- Orientações sobre a participação nas atividades educativas/grupos;
- Encaminhamento para avaliação da saúde bucal, orientando sua importância;
- Agendamento de retorno médico em 07 dias.
- Prescrição de Ácido fólico e Sulfato ferroso, 1 cp, v.o., 1 x ao dia;

- Se a gestante for de baixo risco ou risco intermediário continua na sua Unidade, se for caracterizado alto risco será encaminhada ao Centro Municipal da Mulher, via referência, **APÓS** avaliação e anotação dos resultados de exames solicitados na Unidade;

É importante enfatizar que TODAS as informações devem constar explicitamente no Cartão da Gestante.

IMPORTANTE: A BUSCA ATIVA DE GESTANTES QUE NÃO ESTÃO REALIZANDO O PRÉ-NATAL É DE RESPONSABILIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE.

A gravidez é um processo fisiológico e as intervenções oferecidas no âmbito dos cuidados pré-natais devem ter benefícios conhecidos e ser aceites pelas grávidas. Estas recomendações são à base dos cuidados pré-natais para todas as grávidas, não contemplando os cuidados adicionais que algumas grávidas necessitam.

2.3 – CRITÉRIOS QUANTO AO RISCO GESTACIONAL

2.3.1 - RISCO HABITUAL

GESTANTE JÁ ESTRATIFICADA NA UNIDADE DE SAÚDE – CARIMBO HOSPITAL SANTANA OU HOSPITAL EVANGÉLICO, CONFORME DIVISÃO JÁ EXISTENTE NO MUNICÍPIO.

Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sócio-demográficos (escolaridade), de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

2.3.2 - RISCO – INTERMEDIÁRIO

GESTANTE JÁ ESTRATIFICADA NA UNIDADE DE SAÚDE – CARIMBO HOSPITAL EVANGÉLICO

		RISCO INTERMEDIÁRIO
01	Raça e/ou etnia da mãe – negras e indígenas Afrodescendente	X
02	Gestantes com mais de 40 anos	X
03	Gestantes com Grau de Escolaridade (sociodemográficas – analfabetas ou com menos de 03 anos de estudo;	X
04	Gestantes com menos de 20 anos e com mais de 03 filhos	X

2.3.3 ALTO RISCO

OBS: GESTANTE ESTRATIFICADA NO CENTRO MUNICIPAL DA MULHER – HOSPITAL SANTA CASA

		ALTO RISCO
01	Hipertensão Arterial;	X
02	Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual;	X
03	Dependência de drogas lícitas e ilícitas;	X
04	Obesidade Mórbida - IMC maior ou igual a 40 (dividir o peso (kg) pela altura (m) elevada ao quadrado (altura x altura); OBS: Na gestante o IMC deverá ser calculado com o peso pré-gestacional, ou seja, peso antes da gestação.	X

05	Neoplasias	X
06	Ginecopatias; Ex: Pós conização de colo uterino.	X
07	Prematuridades prévias (> 02 Prematuros prévios e do mesmo marido) Trabalho de parto prematuro;	X
08	Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas);	X
09	Cardiopatias	X
10	Endocrinopatias; (principalmente diabetes e tireoidopatias).	X
11	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias);	X
12	Pneumopatias	X
13	Nefropatias; Ex: Litíase renal e insuficiência renal.	X
14	Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário), doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, hepatite B e C, sífilis e HIV;	X
15	Doenças Infecciosas (considerar a situação epidemiológica local: febre amarela, varicela);	X
16	Hemopatias	X
17	Epilepsia	X
18	Doenças Autoimunes	X
19	Retardo de crescimento Intra-Uterino (RCIU);	X
20	Cirurgia Bariátrica	X
21	Placenta Prévia	X
22	Má formação fetal confirmada	X
23	Macrossomia do concepto com patologias	X
24	Sangramento de origem uterina – DPP (Descolamento prematuro de placenta).	X
25	Psicose e depressão grave;	X

26	Isoimunização Rh (Rh negativo) – com COOMBS INDIRETO REAGENTE	X
----	---	---

***RESSALTAMOS QUE TODO E QUALQUER RELATO VERBAL DE PACIENTE DE DOENÇA PREGRESSA, SEM PARECER DE ESPECIALISTA QUE A ACOMPANHE E CONFIRME DIAGNÓSTICO ASSIM COMO GRAVIDADE, NÃO PODE SER CARACTERIZADO RISCO.

***GEMELARIDADE ENCAMINHAR PARA O CENTRO MUNICIPAL DA MULHER PARA AVALIAÇÃO, POIS SE ENQUADRA NO RISCO PARA PREMATURIDADE.

*** A ITERATIVIDADE ISOLADA NÃO É ESTRATIFICADA PARA ALTO RISCO.

2.4 - CALENDÁRIO DE CONSULTAS

Deverão ser realizadas no mínimo 7 consultas de Pré-natal e 1 no Puerpério, totalizando 8 consultas. As consultas de Pré-natal de risco habitual poderão ser intercaladas entre os profissionais médico e enfermeiro. Conforme distribuição abaixo:

Até 30^a semana – de 04/04 semanas;

Da 30^a até a 35^a semana – de 02/02 semanas;

A partir da 36^a semana – semanalmente, se não houver nenhuma intercorrência.

****NÃO EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL!!!**

2.5 - ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e do Prontuário.
- Realizar as manobras de Leopold-e a medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registro dos movimentos fetais;
- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Cálculo e anotação da idade gestacional
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de ácido fólico (400mg/dia) e de suplementação de sulfato ferroso (40 mg/dia de ferro elementar) o mais precoce possível e até final da gestação, para profilaxia da anemia; (Conforme Programa Nacional de Suplementação de Ferro)
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional, determinando o peso e o cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;

****CONSIDERANDO OS ASPECTOS PSICO-SOCIAIS, BIOLÓGICOS E LEGAIS ENVOLVIDOS EM GESTAÇÕES ABAIXO DE 14 ANOS, ENCAMINHAR PARA O CENTRO MUNICIPAL DA MULHER PARA AVALIAÇÃO DE ALTO RISCO**.**

- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados (CMM), pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica, MAS SEM ALTERAÇÃO DE CONDUTA DO PROFISSIONAL DO CENTRO MUNICIPAL DA MULHER;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas (grupos de gestantes, sala de espera, etc);
- Pesquisa de edema;
- Faça o agendamento das consultas subseqüentes;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas;
- Toque vaginal a partir de 38 semanas, se necessário;
- A gestante portadora de patologia previa, identificada como alto risco, já deve ser encaminhada para avaliação do especialista (ex: cardiologia, pneumologia, endócrino, neurologia, etc), o mais rápido possível pela Unidade de Saúde.
- **ENCAMINHAR, QUANDO NECESSÁRIO, PARA AVALIAÇÃO ALTO RISCO AO CMM SOMENTE ATÉ 37 SEMANAS, APÓS ESSA DATA AS INTERCORRENCIAS SÃO DE CARATER HOSPITALAR.**

**** NÃO INDICAR O PROCEDIMENTO A SER REALIZADO NA REFERÊNCIA, SEMPRE SOCILITAR AVALIAÇÃO E CONDUTA, PREENCHENDO A HISTÓRIA CLÍNICA CORRETAMENTE E COM DETALHES .**

2.6 - Exames de rotina na primeira consulta

PRIORIDADE NA COLETA – 24 HORAS APÓS ABERTURA DE CARTEIRINHA DE GESTANTE.

Deverão ser solicitados os seguintes exames no primeiro momento:

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I Citomegalovirus IgG e IgM TSH Ultrassonografia obstétrica (12-14 semanas) Citopatológico do colo de útero Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes Teste da Mãezinha
2º trimestre	Hemograma Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Urocultura + urina tipo I Ultrassonografia obstétrica (20-23 semanas) Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana)

	Coombs indireto (se for Rh negativo)
3° trimestre	Hemograma Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I Ultrassom obstétrico quando suspeita de macrossomia fetal.

OBS: Segundo nota técnica N°17/2013 do Ministério da Saúde não deverá ser solicitado exames de sorologia para rubéola IGG e IGM como rotina em gestantes assintomáticas.

2.7 – IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE

O ideal é que toda mulher tenha completado, antes de engravidar, seu calendário vacinal;

Evitar aplicação de vacinas no 1º trimestre da gestação, sempre que possível

Não existe contra indicação formal para vacinas com antígenos inativos;

Evitar vacinas de vírus atenuados (risco teórico de infecção fetal). São contra indicadas em gestantes e/ou imunossuprimidas:

- BCG;
- SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA (TRIPLICE VIRAL);
- VARICELA E FEBRE AMARELA;

Avaliar risco/benefício

Prescrever as vacinas mais importantes, considerando a história clínica, endemicidade local e as contra indicações;

Varicela – gestantes suscetíveis expostas à varicela ou com contato físico com herpes-zoster deverão receber imunoglobina anti varicela-zoster, a qualquer tempo da gravidez. A sua utilização depende do atendimento de três condições:

*Suscetibilidade, contato significativo (durante pelo menos uma hora e em ambiente fechado) e condição especial de risco (Manual CRIE,2006)

VACINA	GESTAÇÃO	PUERPÉRIO
HPV	Contra indicada	Sim
Tríplice viral	Contra indicada	Sim
Hepatite A	A ser considerada em situações de riscos especiais. Aplicar de preferência fora da gestação	Sim
Hepatite B	Recomendada (após 14 semanas de gestação)	Sim
dTpa	Recomendada	dT
Varicela (catapora)	Contra indicada	Sim
Influenza (gripe)	Recomendada	Sim
Febre Amarela	Em geral contra indicada. Deve ser considerada em situações em que o Risco da doença supere o risco da vacina (avaliar risco)	Deve ser evitada em mulheres que estejam amamentando lactentes até 6 meses de idade.
Meningocócica C Conjugada	A ser considerada em situações de riscos Especiais (surtos da doença). Avaliar risco	Sim

PREVENÇÃO DO TÉTANO NEO-NATAL:

A avaliação da situação vacinal da gestante, é fundamental para a prevenção do tétano neo-natal. Situações possíveis:

Situações	Condutas
Gestantes NÃO vacinadas previamente	Administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses.

	Administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa entre 27 ^a e, preferencialmente até a 36 ^a semana de gestação
Gestantes vacinadas com UMA dose de dT	Administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa, entre 27 ^a e, preferencialmente até a 36 ^a semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
Gestantes vacinadas com DUAS dose de dT	Administrar uma dose da dTpa, entre 27 ^a e, preferencialmente até a 36 ^a semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
Gestantes vacinadas com TRÊS dose de dT	Administrar uma dose de dTpa entre 27 ^a e, preferencialmente até a 36 ^a semana de gestação,
Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa entre 27 ^a e, preferencialmente até a 36 ^a semana de gestação
Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos	Administrar uma dose de dTpa entre 27 ^a e, preferencialmente até a 36 ^a semana de gestação

Nas gestantes que relatarem vacinação, completa ou não, porém que não consigam comprová-la, proceder como não vacinada.

3 – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS

3.1 - Hemograma/Eritrograma:

Monitorar níveis de hemoglobina/hematócrito e/ou infecções.

Ideal: **Hb>11g/dl**

Como rotina, suplementar a ingestão de Fe⁺⁺, com **sulfato ferroso - 200 mg/dia** (equivalente à 40 mg de Fe⁺⁺ elementar), o mais precoce possível. **Ingerir sempre 30 minutos antes das refeições;**

Se **Hb > 8 g/dl e < 11g/dl**: Suplementar com 120 a 240 mg Fe⁺⁺ ao dia(terapia);

Se Hb < 8,0 g/dl- Encaminhar ao Alto Risco! (CMM)

3.2 - Grupo sanguíneo e fator Rh

EM GESTANTES COM FATOR RH NEGATIVO:

Coombs Indireto (teste indireto de antiglobulina humana) realizado na 1ª consulta e trimestralmente de todas as gestantes Rh negativo.

Se o resultado do Coombs Indireto for **Positivo**, referenciar ao pré-natal de alto risco. Se o resultado for **Negativo**, permanece realizando pré-natal na Unidade de Saúde.

3.3 - Sorologia para Sífilis: VDRL POSITIVO

***TRATAR NA UNIDADE E ENCAMINHAR PARA ALTO RISCO**

- Uma das DST mais frequentes na Gestação.
- Realizar o teste rápido (triagem) na Unidade de Saúde.
- Classificar e tratar, conforme indicação a seguir, e após tratamento encaminhar para o Alto-Risco (Centro Municipal da Mulher)
- Deve ser solicitado no 1º, 2º e 3º trimestre da gestação;
- Torna-se positivo entre a 2ª e 4ª semana (em média 20 dias) do aparecimento do cancroduro;
- Títulos baixos podem representar sífilis muito recente ou muito antiga tratada ou não;

Quando diagnóstico na gestação é realizado exclusivamente através de testes sorológicos, com duração ignorada, o tratamento recomendado da gestante e do parceiro é da dose total de 7.200.000 UI, seguindo o esquema a seguir:

- Classificação da Sífilis segundo forma de apresentação:

Classificação da SIFILIS		
SÍFILIS	TEMPO DE EVOLUÇÃO	FASE
Adquirida Recente latente recente	< 01 ano	Primária, secundária e
Adquirida Tardia	> 01 ano	Latente, tardia e terciária
Congênita recente	diagnóstico, até o 2.0 mês de vida	
Congênita tardia	diagnóstico, após o 2.0 mês de vida	

**Esquema de tratamento, preconizado, segundo a classificação:
(com Penicilina Benzatina) – JÁ TRATAR NA UNIDADE DE SAÚDE**

Classificação	Esquema terapêutico	
	Posologia	Dose total
Sífilis Primária: < 01a	2,4 milhões de UI-dose Única	2,4 milhões de UI
Sífilis Secundária e latente recente - < 01 ano	2,4 milhões de UI- Repetir em 07 dias	4,8 milhões de UI
Sífilis Terciária - >01 ano	2,4 milhões de UI, repetir em 07 e 14 dias	7,2 milhões de UI

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- Registrar o tratamento da gestante e PARCEIRO na carteira de PRÉ-NATAL e no prontuário; investigação epidemiológica, notificação compulsória da DST;
- Reiniciar tratamento conforme quadro acima, em caso de interrupção do tratamento, considerando um intervalo maior do que sete dias entre as séries em gestantes (CDC e MS, 2010);
- Baixa titulação de VDRL em gestantes só deve ser considerada cicatriz sorológica se estiver registrado em prontuário tratamento anterior adequado.

Conduta para o(s) parceiro(s) sexuais de gestantes com sífilis:

De uma maneira geral recomenda-se prescrever Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (3 séries de 2.400.000 UI com intervalo de 07 dias) para tratamento de todos os

parceiros sexuais de gestantes com sífilis;

É necessária a solicitação de sorologia para o(s) parceiro (s) sexual(is)

Realizado o VDRL do(s) parceiro(s)

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO MINUCIOSO E NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA DST PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

OBS: Parceiro(s) não tratado(s) caracteriza(m) tratamento materno inadequado e o RN será considerado caso suspeito de sífilis congênita, o que incluirá investigação, tratamento e notificação desta criança.

***Em gestantes, ALÉRGICAS a Penicilina - Utilizar Estearato de Eritromicina, 500 mg de 06/06 hs, por 15 dias (Sífilis Recente e durante 30 dias na Sífilis Tardia.)**

***Estolato de Eritromicina, Cloranfenicol e Tetraciclina, são contra indicados na gestação.**

3.4 - Diabetes gestacional - rastreio, diagnóstico e reclassificação

A insulinoresistência própria da segunda metade da gravidez pode desencadear em certas grávidas, classificadas até então como normais, o aparecimento de formas variáveis de diminuição da tolerância oral à glicose denominadas de **Diabetes Gestacional**. O aumento da morbidade materna e perinatal, bem como o aumento do risco de futura diabetes para a mãe e respectivo filho, a médio e longo prazo, torna o diagnóstico desta situação importante em termos de saúde pública.

Glicemia em jejum

Realizar a primeira dosagem, na primeira consulta e a segunda, entre a 24ª e a 28ªSG.

É Obrigatório à todas as gestantes Teste oral de tolerância á glicose (TOTG-3

pontos) no 2º trimestre (a partir da 24ª semana de gestação);

GLICEMIA DE JEJUM Conduta frente aos resultados (ADA 2011)	
99* mg/dl	Normal realizar TOTG de rotina, preferencialmente entre 24ª e 28ª semana de gestação.
100 a 125 mg/dl	Repetir glicemia de jejum; Persistindo entre esses valores: - Orientação dietética - Realizar TOTG entre a 24ª e 28ª semana de gestação, exame com 3 pontos (ver valores de referência na tabela de TOTG abaixo.
126 mg/dl	Repetir glicemia de jejum imediatamente (o teste precisa ser confirmado em outro dia) Se persistir glicemia de jejum 126 mg/dl, considerar diabetes, encaminhar para avaliação do Serviço de Referência de Alto Risco (Centro Municipal da Mulher)

* Considera-se este valor de referência para a primeira metade da gestação.

TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE - TOTG
Realização de 3 coletas – 75 g de glicose preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação
TOTG anormal quando um ou mais valores são atingidos ou ultrapassados ADA - 2011
Jejum 92 mg/dl
1 hora 180mg/dl
2 horas 153 mg/dl
Um valor anormal já caracteriza o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional

Fonte HAPO, AOA, SBO e FEBRASGO, 2011.

* Valor de referência válido para TOTG a partir da 24ª semana de gestação.

3.5 - Exames de Urina

ATENÇÃO A INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO É UMA DAS MAIORES CAUSADORAS DE MORBI MORTALIDADE MATERNO FETAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA-PR

A infecção do aparelho urinário constitui a causa mais frequente de infecção bacteriana. Ela reagrupa 3 entidades clínicas distintas: a bacteriúria assintomática, a cistite e a pielonefrite aguda.

A bacteriúria assintomática, se não tratada, evolui em cerca de 20 a 30% para pielonefrite aguda. O seu eficaz tratamento diminui este risco para 1 e 2%. Além disso, a bacteriúria assintomática é uma das causas de parto pré -termo e de recém-nascido pequeno para a idade gestacional. Dada a alta prevalência desta patologia na população obstétrica, bem como as suas implicações clínicas nomeadamente aumento da morbidade materna e perinatal, torna-se premente o seu rastreio com consequente eficaz e a tempo do tratamento.

Parcial de urina e urocultura de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre. Também para controle de cura das infecções urinárias (5 dias após o término do tratamento) e toda vez que se fizer necessário clinicamente.

As ITU são fatores importante de morbi-mortalidade Materno-Infantil. São responsáveis por ruptura prematura de membrana, retardo no crescimento intra uterino e abortamento.

As ITU podem ser facilmente diagnosticadas, clínica e laboratorialmente. Queixas típicas: disúria, polaciúria, estrangúria e dor suprapúbica ou pélvica, associado à leucocitúria e reação de nitrito positiva (+); bacteriúria por germe GN (gran negativos) selam o diagnostico. É necessária com tudo, a coleta de urina para cultura + antibiograma.

Culturas > 100.000 col/mm³, fecham o diagnostico. Em casos muito sintomáticos, pode-se iniciar tratamento empírico e posterior adequação terapêutica, pelo antibiograma. **Importante: pelo risco potencial, é obrigatório tratamento de toda ITU comprovada!**

Em relação à bacteriúria assintomática, deve-se além do parcial de urina, realizar cultura com antibiograma e tratar especificamente, orientados pelo antibiograma.

Interpretações e tratamentos:

SITUAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO
<p>Bacteriúria assintomática</p> <p>- tratar com orientação do antibiograma;</p> <p>- o tratamento de 03 dias deve ser feito em pacientes imunocompetentes e sem complicações;</p> <p>- realizar urocultura 05 dias após o término do tratamento (controle de cura)</p> <p>• <i>A SMS, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica, estuda a possibilidade de inclusão do MONURIL (fosfomicina granulada 8g), na LBM, após ser recomendado pelo Estado, através de levantamento clínico- epidemiológico, e a relação custo benefício, para implantação na Rede Municipal, a partir de 2016 exclusivamente no tratamento em dose única, de ITU assintomáticas em gestantes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axetil Cefuroxima – 250 mg, VO, 08/0 horas, por 03 dias, pode ser usado durante toda a gestação (usar se o agente for Proteusspp); • Cefalexina - 500 mg, VO, 06/06 horas por 03 dias (usar se o antibiograma determinar sensibilidade à cefalotina); • Ampilicina – 500 mg, VO 06/06 horas por 03 dias, se o agente infeccioso for Enterococo, se for Estreptococo Hemolítico do Grupo B (Agalactia), o tratamento deve ser por 10 dias; • Nitrofurantoína – 100 mg, VO 06/06 horas, por 03 dias. Uso na gestação até 36 semanas, tomar com alimentos e não usar se o agente infeccioso for Proteusspp, pelo alto índice de resistência.
<p>Recorrência da Bacteriúria assintomática com urucultura</p>	<p>Obervar o agente infeccioso e a resistência microbiana realizar o tratamento por um período mais longo (10 a 14 dias).</p>
<p>Cistite aguda</p> <p>- tratar em carater de urgência, solicitar urocultura 05 dias após o término do tratamento para controle de cura;</p> <p>- usar preferencialmente uma das duas primeiras opções no tratamento empírico inicial e reajustar conforme resultado da urocultura/antibiograma posterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axetil Cefuroxima – 250 mg, VO 08/08 horas, por 07 dias e pode ser usado durante toda a gestação; • Cefalexina – 500 mg, VO, 06/06 horas, por 07 a 10 dias, atua sobre as bactérias habituais de infecção urinária, porém não atua sobre a Enterococo. Usar se antibiograma determinar sensibilidade à cefalotina; • Ampicilina – 500 mg, VO, 06/06 horas, por 07 a 10 dias. Age sobre o Enterococo e Estreptococo hemolítico

	<p>do grupo B, podendo ser usado inclusive no 1º trimestre;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nitrofurantoína – 100 mg, VO, 06/06 horas, por 07 dias. Usar em gestação abaixo de 36 semanas; tem ação sobre os Grampositivos incluindo S. Aureus. S. Saprophyticus, Enterococos, além de E. Coli, Salmonella e Shigella. Não usar se o agente infeccioso for Proteus pelo alto índice de resistência.
--	---

SITUAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO
Recorrência da cistite aguda	Observar o agente infeccioso e a resistência microbiana e realizar o tratamento por um período mais longo (10 a 14 dias).
<p>Pielonefrite (SINAIS E SINTOMAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para tratamento hospitalar; • UBS deve fornecer medicação e monitorar o tratamento domiciliar pós internamento; • Realizar controle de cura; <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar após o tratamento para avaliação do Alto Risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta somente com o resultado do antibiograma para melhor orientação da seqüência do tratamento por via oral; • Após a alta hospitalar, a manutenção do tratamento por via oral deverá ser orientada pelo antibiograma, com medicação que poderá ser obtida na UBS. Uma boa opção é o uso da axetilcefuroxima, 250mg, VO, 8/8h, sendo mantida por 14 dias. Outras opções Cefalexina, Ampicilina ou Nitrofurantoína.
<p>Quimioprofilaxia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar se houver mais de dois episódios de ITU na gestação ou associada a um fator de risco como litíase, mal formação do trato urinário ou dilatação pielo-calicial. • Realizar urocultura mensal Para controle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nitrofurantoína - 100mg/dia, VO, um comprimido por dia, até 36 semanas de gestação OU • Cefalexina - 500 mg/dia até o final da gestação.

Considerações:

- Não se recomenda o uso de Nitrofurantoína após a 36ª semana e durante a lactação, pois há o risco de o recém-nato desenvolver anemia hemolítica.
- Está contra indicado durante a gestação o uso de Tetraciclina, Cloranfenicol e Estolato de Eritromicina. O uso de Quinolonas no período gestacional ainda não está liberado.

Sulfa Trimetoprim – não usar no 1º trimestre e 3º trimestre;

Clavulato com Amoxicilina – evitar no 1º trimestre.

3.6 - Sorologia para HIV – teste rápido

Realizar na primeira consulta.

Se positivo, termo de consentimento. Após, o aconselhamento pré-teste.

Na 1ª. Consulta:

Anti HIV-ELISA

Se **negativo**, prosseguir pré-natal e repetir trimestralmente.

Se **positivo**, encaminhar ao CTA para realizar teste confirmatório,

Anti HIV-W BLOT:

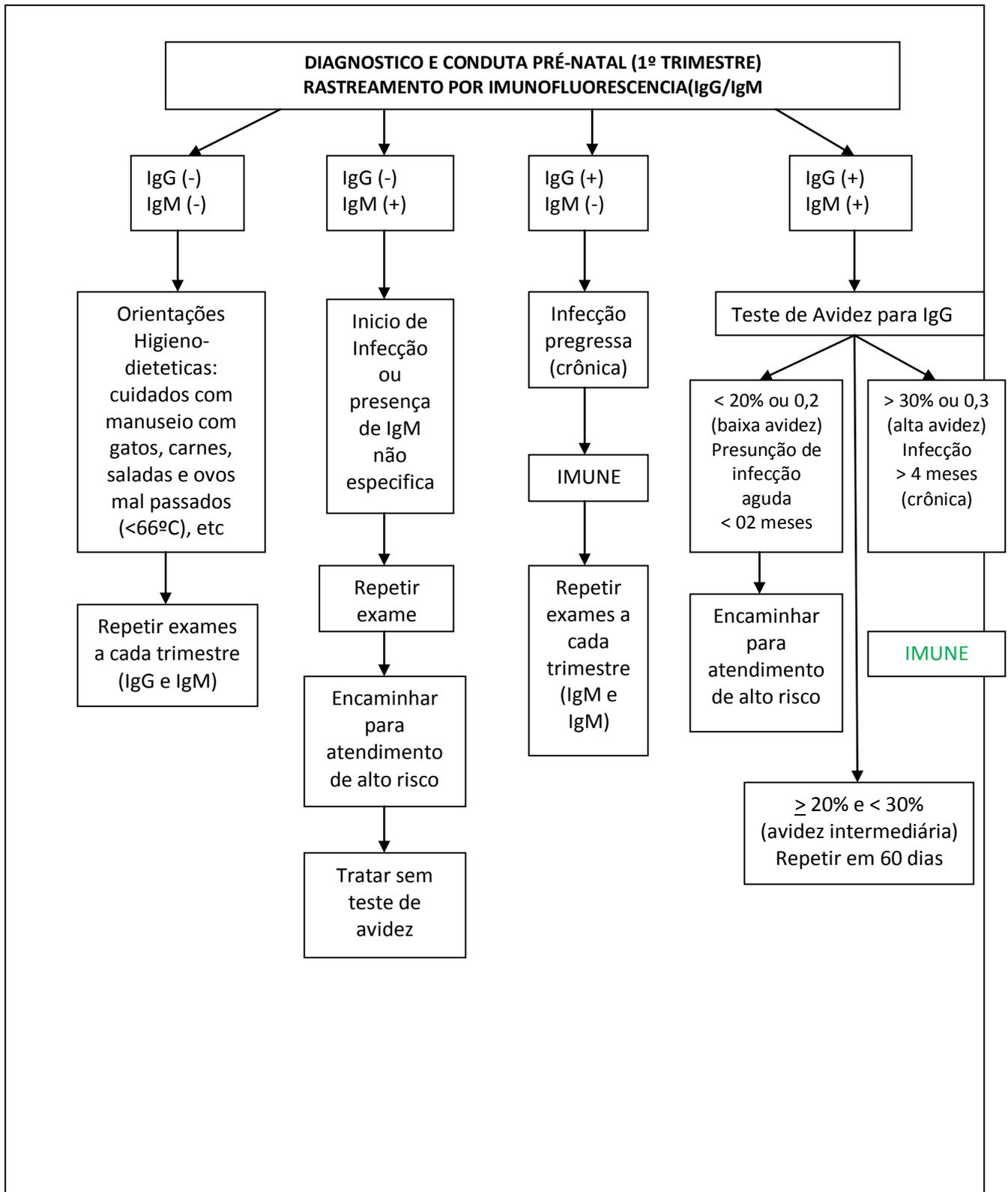
Se **negativo(falso-positivo)**, prosseguir pré-natal e repetir trimestralmente.

Se **positivo(infectado)**, encaminhar para **pré-natal de Alto-Risco**.

Os testes rápidos serão realizados na UBS, mesmo das gestantes encaminhadas ao Alto Risco.

3.7 - Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)

Interpretação/ condutas conforme esquema abaixo:



3.8 - Sorologia para hepatite B – teste rápido

A transmissão de hepatite B pode ser por via:

- Sexual – considerada importante doença sexualmente transmissível;
- Hemotransfusão;
- Inoculação percutânea (drogadição, tatuagem, acupuntura, piercing, manicure, pedicure, seringas e agulhas);
- Vertical (materno-infantil).

Solicitar na 1ª consulta do pré-natal o exame de rotina laboratorial ou teste rápido;

- O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentarem sorologia negativa (HBsAg não reagente);
- A vacina deverá ser disponibilizada para as gestantes suscetíveis, independente da faixa etária;
- A administração da vacina está indicada após as primeiras 14 semanas de gestação;
- Aquelas não imunizadas devem receber três doses da vacina nos intervalos de 0, e 6 meses e as com esquema vacinal incompleto devem completar o esquema já iniciado. A dose da vacina varia de acordo com a idade: 0,5ml até 19 anos de idade e 1,0 ml a partir desta. Recomenda-se seguir as normas do Programa Nacional de Imunizações/MS;
- Para gestante sem situação de violência sexual recomenda-se:
 - Se a vítima não for vacinada, a administração de três doses da vacina (0,1 e 6 meses) e imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB);
 - Se esquema vacinal incompleto, realizar as doses adicionais para hepatite B e IGHAB;
 - Com resposta vacinal conhecida e adequada (Anti-HBs2':10UI/ml), não é necessário realizar nenhuma medida específica;
 - Quando indicada, a imunoglobulina deve ser aplicada em dose única de 0,06ml/kg,IM, o mais precoce possível, até no máximo 14 dias após a violência sexual.
- Encaminhar as gestantes com HBsAg reagente para avaliação de Referência de Gestação de Alto Risco, notificar a Epidemiologia informando: Nome da gestante, Maternidade de Referência e DPP.

HEPATITE C: Interpretação do resultados sorológicos

MARCADOR	SIGNIFICADO
Anti-HAV	Indica contato prévio com o vírus da hepatite C, entretanto não define se infecção aguda, ou pregressa e curada espontaneamente, ou se houve cronificação da doença.

As gestantes portadoras de hepatite C bem como os seus recém-natos devem ser monitoradas pela Unidade Básica de Saúde.

Para hepatite C não existe vacina. O esquema de vacina contra hepatite B de recém-natos de mães portadoras de hepatite C deve seguir o calendário vacinal normal.

A gestante deve ser notificada sendo necessária a investigação dos domiciliares e parceiros sexuais.

Se gestante HBAg Positiva: após parto, encaminhar para Serviço de Referência ambulatorial.

RN Imunoglobulina Humana AntiHepatite B + vacina(imunização ativa) nas 12 primeiras horas, ainda na Maternidade.

A puerpera HBAg positiva, referente a amamentação, seguir orientações do pediatra, após a alta.

3.9 - Citologia Oncótica – PREVENTIVO DO CANCER DO COLO UTERINO

Coletar o mais precoce possível, durante toda a gravidez.

Nos casos de suspeita de lesões suspeitas e/ou HPV, encaminhar para Ginecologia, no Centro Municipal da Mulher, para tratamento.

Condiloma não caracteriza gestação de Alto Risco.

Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico.

A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes, pelas enfermeiras. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayre).

Conduta frente ao resultado:

DIRETRIZES-CÂNCER DO COLO DO ÚTERO-GESTAÇÃO	
Resultado	Conduta
Resultado normal	Rotina Unidade de Saúde
Escamosas: possivelmente não neoplásicos (ASC-US)	Na Unidade de Saúde - Tratar com medicação local. Após o parto, repetir o CO e se resultado permanecer alterado encaminhar para a Ginecologia no CMM.

Escamosas: não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H);	Na Unidade de Saúde - Tratar com medicação local. Após o parto, repetir o CO e se resultado permanecer alterado encaminhar para a Ginecologia no CMM.
Glandulares: possivelmente não neoplásicas;	Na Unidade de Saúde - Tratar com medicação local. Após o parto, repetir o CO e se resultado permanecer alterado encaminhar para a Ginecologia no CMM.
Atipias em células escamosas: lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo o efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I).	Na Unidade de Saúde - Tratar com medicação local. Após o parto, repetir o CO e se resultado permanecer alterado encaminhar para a Ginecologia no CMM.
Atipias em células escamosas: lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais grau II e III).	Na Unidade de Saúde - Tratar com medicação local. Após o parto, repetir o CO e se resultado permanecer alterado encaminhar para a Ginecologia no CMM.

Para àquelas pacientes cujo resultado na microbiologia estiver com “bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus).” deve-se tratar a paciente e o parceiro com Metronidazol oral e local, conforme prescrição do médico da Unidade de Saúde.

É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta. Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade de saúde.

A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, após 08 semanas do pós-parto.

3.10 - Ultrassonografia Obstétrica

Recomendada entre 12-14 semanas e 20-23 semanas de gestação (02 exames de rotina);

Não reduz a morbi-mortalidade perinatal ou materna. Serve principalmente para: determinação da Idade Gestacional (IG), detecção precoce de gestações múltiplas, confirmação do diagnóstico de Retardo de Crescimento fetal intra-uterino (RCIU) e má formações fetais, clinicamente não suspeitas.

Atenção: Situações para realizar-se USG obstétrica fora da rotina:

- a) Suspeita de Crescimento Uterino Restrito, macrosomia, oligohidrâminio e polidrâmnio;
- b) Gravidez inicial, com sangramento genital: definição de causa;
- c) Sangramento genital, em qualquer período da gravidez.

Sinais devidamente justificados na solicitação.

Esses exames só podem ser solicitados pelos profissionais do Centro Municipal da Mulher, na Gestação de Alto Risco

- As 20-22 semanas ecografia morfológica (quando alteração comprovada em ultrassom de base);
- Ecocardiografia fetal (quando alteração comprovada em ultrassom de base);
- Ecografia obstétrica com doppler;

4 – INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL

4.1 - Rastreo e diagnóstico de restrição de crescimento fetal

Fetos com restrição de crescimento constituem uma população de risco aumentado de mortalidade e morbidade a curto e longo prazo. Embora haja múltiplas etiologias de restrição de crescimento fetal (RCF), a que resulta de insuficiência placentária (disfunção vascular) é a mais relevante clinicamente. A definição ecográfica de restrição de crescimento fetal ou intra-uterino é a estimativa de peso inferior ao percentil 5 para a idade gestacional (segundo as tabelas das variáveis biométricas adaptadas pelo serviço). A correta determinação da idade gestacional é um pré-requisito essencial.

Critérios para rastreo pré-natal de RCF

Suspeita clínica de RCF

- Deficiente progressão da altura uterina (<1cm/semana entre as 20 e as 36 semanas);
- Deficiente ganho ponderal;
- AFU sempre < IG.

Fatores de risco para RCF: múltiplas causas

Diagnóstico de RCF

- Ausência de crescimento fetal em pelo menos 2 avaliações seriadas com intervalo mínimo de 2 a 4 semanas (FITA MÉTRICA, ainda um método propedêutico atual).

Perante o diagnóstico de RCF a orientação é encaminhar ao Centro Municipal da Mulher.

4.2 - Síndromes Hipertensivas

A hipertensão arterial (HTA) na gravidez constitui um problema clínico cuja abordagem é ligeiramente diferente da utilizada na população não grávida. Tal deve-se à necessidade de considerar duas entidades clínicas adicionais: a pré-eclampsia e a HTA gestacional. A classificação dos estados hipertensivos da gravidez e a terminologia adotada tem sido confusa e pouco consensual, usando vários termos para classificar diferentes manifestações clínicas do mesmo processo patológico. A classificação mais usada é preconizada pelo American College of Gynecologists and Obstetricians (ACOG) em 1972, modificada em 2000, pelo National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) e que considera os seguintes grupos:

- Hipertensão arterial crônica (previa a gravidez);
- Pré-eclampsia; eclampsia;
- Pré-eclampsia sobreposta em hipertensão arterial crônica;
- Hipertensão arterial gestacional.

É definida como hipertensão de qualquer etiologia, (**PRESSÃO ARTERIAL MAIOR OU IGUAL A 140/90 MMHG**) presente antes da gravidez ou diagnosticada até a 20ª semana da gestação, documentada em duas determinações separadas de 4h (para eliminar a probabilidade de artefato e da ansiedade).

METILDOPA – DROGA DE PRIMEIRA ESCOLHA

A metildopa é considerada a melhor opção face à ampla experiência com esta droga e pela ausência de efeito sobre o feto.

- Apresentação – comprimido 250 mg;
- Posologia – iniciar com no mínimo 250mg de 12/12 horas;
- Efeitos adversos hipotensão, sedação, anemia hemolítica, febre e rebote

na retirada. Eventualmente, aumentos das enzimas hepáticas a lanina aminotransferase (TGO) e aspartato aminotransferase (TGP).

Diurético

NÃO deve ser iniciado como droga de tratamento ambulatorial durante a gestação, mas pode ser mantido se a mulher engravidar em uso e estiver bem controlada.

- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA:

Conceito HAS na Gestação: PA \geq 140x90 mmhg; Ou aumento rápido e significativo, em gestante normotensa, principalmente se associado à edema e sintomas gerais, recentes;

4.2.1 - Crônica

Já existente antes da gestação.

Recomendados:

1ª opção Metildopa: iniciar com 250mg em 12/12 horas;

2ª opção Nifedipino: 10 mg-20/40 mg /dia, em 02 doses;

NÃO usar inibidores de ECA

Nas crises hipertensivas: Nifedipino 10mg VO, pode ser repetido 30/30 minutos, até dose de 30 mg; Encaminhar a gestante para o **HOSPITAL DE REFERÊNCIA**.

Mulheres hipertensas que engravidam tem maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia. As intercorrências fetais mais comuns são restrições do crescimento intra-uterino (RCIU), oligodrâmnio, infartos placentários múltiplos e óbito fetal.

4.2.2 - Pré-eclampsia

Sem história prévia; aumento gradativo da PA, após 20ª semana gestacional. Edema e proteinúria (300 mg/24h). Maior incidência em nulípara, multigestas, história familiar e doenças renais.

Atenção

URGÊNCIA: PA diastólica ≥ 110 mmHg, **SEM** sintomas clínicos. Controle em até 24hs;

EMERGÊNCIA: PA diastólica ≥ 110 mmHg, **COM** sintomas e lesões de órgãos alvos (rim, fígado, coração e cérebro). Reduzir a PA em 01 a 02 hs: NIFEDIPINA 10 mg, de 30/30 min, até dose de 30 mg, enquanto aguarda transporte.

TRANSFERIR gestantes PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA, em todos os casos de Crise Hipertensiva.

*Aumento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15mmHg na pressão arterial diastólica (PAO), deve servir de alerta para o surgimento da pré-eclâmpsia. Também o aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso maior que 500 gramas/semana.

A pré-eclâmpsia é classificada de acordo com o grau de comprometimento em leve ou grave.

4.2.3 – Eclâmpsia

Hipertensão arterial na gestação, parto e puerpério imediato, com convulsões; Constitui-se em EMERGÊNCIA.

Providências imediatas e transferência para maternidade e NÃO para o Centro Municipal da Mulher.

Medidas gerais:

- a) Manter Vias aéreas superiores livres;
- b) Oxigenio sob máscara- 03l/min;
- c) Acesso venoso calibroso;

- d) Terapia anti-hipertensiva Nifedipina 10 mg sublingual em 30/30 minutos ;
- e) Mais importante que interromper uma crise é evitar a seguinte!

4.2.4 - Hipertensão arterial crônica + pré-eclâmpsia

Pré-eclâmpsia em gestante com hipertensão arterial sistêmica prévia a gravidez.

Aumento da PA e proteinúria, > 20 sem;

Encaminhar para o Centro Municipal da Mulher, com mapa pressório.

4.2.5 - Pré eclampsia sem proteinuria (DHEG)

Surge na gravidez, piora após 20ª semana gestacional, sem proteinúria.

CONDUTA: a mesma aplicada na pré-eclâmpsia.

4.2.6 - Síndrome de HELLP

A síndrome de HELLP é uma condição na qual a paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia apresenta alterações laboratoriais como hemólise (H- “hemolysis”), elevação das enzimas hepática (EL – “elevatedliverfunctionstests”) e diminuição do número de plaquetas (LP – “lowplateletscount”).

QUADRO CLÍNICO – SÍNDROME HELLP- SINAIS E SINTOMAS
Mal-estar geral
Proteinúria (87%)
Hipertensão arterial (85%)
Dor epigástrica em barra e/ou hipocôndrio direito (80%)
Náusea e vômito (50%)
Aumento excessivo do peso e piora do edema (50%)
Cefaléia (40%)
Alterações visuais

Fonte Baseado em Weinstein(1982), Sibaiecolaboradores(1993)-PROAGO-Febrasgo,2011.

****ENCAMINHAR COM URGENCIA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA.**

4.2.7 – Prevenção:

- Redução de sal;
- Atividade física leve (caminhada), 30 minutos ao dia pela manhã ou a tarde, evitando a fadiga, sempre com uso de filtro solar para evitar cloasma e câncer de pele;
- frutas, legumes, verduras;
- cereais;
- Alimentos desnatados;
- hidroginástica;

**** É importante ressaltar que o uso de inibidores de ECA (como captopril e enalapril) e antagonistas da angiotensina II (como losartan) são contra indicados na gestação pela associação com mal formação e outras alterações fetais (restrição de crescimento fetal, oligodrâmnio, insuficiência renal neonatal, hipoplasia pulmonar, deformidade de face e extremidades e morte neonatal).**

4.3 - HIPERÊMESE GRAVÍDICA

Decorrente das modificações/adaptações gestacionais costumam ceder, no início da gestação, com ações educativas, apoio psicológicos, e medidas simples, como dieta fracionada (alimentação 02 em 02 horas), reidratação oral e cabeceira elevada. Em algumas situações podem requerer medicação.

CONDUTA medicamentosa:

Metoclopramida 10 mg de 08/08 hs, + medidas gerais; nos mais graves, quando necessário, internações clínicas para re-hidratação e/ou correção de distúrbios hidroeletrólíticos;

4.4 - PIROSE – AZIA

Orientar a gestante para:

- Dieta fracionada, evitando frituras, ingerir muito leite frio;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.
- Ocasionalmente, pode-se fazer uso de Hidróxido de alumínio, 10 ml, via oral de 6/6 horas.
- Atentar para Constipação Intestinal.

4.5 - DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

- Certificar-se que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez na parede abdominal, sugerir o uso da cinta (com exceção da elástica) e
- exercícios apropriados;
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
- Orientar dieta rica em fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Evitar alimentos de alta fermentação tais como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal.
- Eventualmente prescrever:
- Cólicas: Hioscina, 01 cápsula, via oral, até duas vezes ao dia.

4.6 - CEFALÉIA – DOR DE CABEÇA

Orientação:

- Afastar hipertensão e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação);
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
- Eventualmente prescrever Paracetamol, 500 mg, VO, de 6/6 horas.

4.7 - DOENÇAS INFECCIOSAS

4.7.1 - HERPES

Tratar quando primo-infecção ou recorrências frequentes, próximo ao parto:

Aciclovir 400 mg de 08/08 hs, VO, 07 A 10 dias.

TRATAR NA UNIDADE DE SAÚDE

4.7.2 - CANCRO MOLE

Estearato de Eritroicina , 500 mg 06/06 hs, durante 07 dias;

TRATAR NA UNIDADE DE SAÚDE

4.7.3 - LEUCORRÉIAS – CORRIMENTO VAGINAL

Orientar a gestante que o fluxo vaginal normal é comumente aumentado na gestação. Este não causa prurido, desconforto ou odor local.

A queixa deve ser avaliada e a gestante examinada.

4.7.4 - CANDIDÍASE, TRICOMONÍASE E VAGINOSE

Candidíases: leuco branco leitoso, hiperemia vaginal e prurido intenso. Tratar com miconazol ou nistatina tópico, ao deitar por 07 dias;

Tricomoníase/ vaginose: Metronidazol 2g dose única ou 500 mg de 12/12 hs, 07 dias, após 12 semanas + Metronidazol gel via vaginal ao deitar. Tratamento parceiro. Não utilizar bebida alcoólica durante tratamento.

4.7.5 - CERVICITES

Leucorréia mucopurulenta, acompanhado ou não de colpíte: mais comuns agentes etiológicos são: Gonococos e/ou Chlamydia.

Tratamento: Amoxicilina 500 mg, de 08/08 h, ou eritromicina estearato de 06/06 hs, por 07 dias.

4.7.7 - CONDILOMA ACUMINADO

ENCAMINHAR VIA REFERÊNCIA PARA GINECOLOGIA, AO CMM PARA TRATAMENTO.

Lesões verrugosas, agrupadas e/ou isoladas, vulvares, perianais e perineais. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns tipos de HPV estão relacionados com as lesões neoplásicas vulvares.

NUNCA usar PODOFILINA, em nenhuma fase da gravidez.

Mulher com HPV na gravidez deve ser seguida, no ambulatório, após o parto.

4.7.8 - PARASITOSE:

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo-peso ao nascimento e no parto pré-termo.

Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação.

Pacientes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças.

- **ESCABIOSE E PEDICULOSE:**

Tratamento:

A droga de escolha é a loção ou creme com Permetrina 1%, uma única aplicação é normalmente curativa. Deixar em contato com a pele por 8 a 14 horas, podendo ser reaplicada em 7 dias se os sintomas e sinais persistirem.

MEDICAMENTOS INDICADOS NA TERAPÊUTICA DAS HELMINTÍASES E PROTOZOSES INTESTINAIS DURANTE A GESTAÇÃO

HELMINTÍASE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Ascaridíase Ancilostomíase Enterobíase Tricuríase	MEBENDAZOL	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Amebíase	MEBENDAZOL	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias
Giardíase	MEBENDAZOL	250mg, duas vezes por dia, por VO, durante sete dias
Teníase	MEBENDAZOL	200mg, por VO, duas vezes por dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos
Estrongiloidíase	TIABENDAZOL	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos

Esquistomose	Oxaminique Praziquantel Ditioletona	CONTRA INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	

4.8 - SINDROMES HEMARRÓGICAS

- Classificação:

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME CLINICO	CONDUTA
Ameaça de abortamento	Sangramento discreto e eventualmente dor	Sangramento em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical, colo fechado	- solicitar ultrassom; - indicar repouso no leito; - antiespasmódicos SN e progestagenos via vaginal - observação rigoroso - continua na ubS; - em caso de piora encaminhar ao hospital de referencia
Abortamento	Sangramento e dor em baixo ventre	Sangramento abundante em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; colo aberto, eliminação de restos embrionários	ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA E NÃO AO CMM
Gravidez Ectópica	Dor em baixo ventre, lipotímia	Irritação peritoneal, hipotensão, colo amolecido, útero aumentado, dor e/ou tumor à palpação de anexos.	ENCAMINHAR COM URGÊNCIA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA E NÃO AO CMM
Mola Hidatiforme	Sangramento discreto e intermitente, ausência de dor, expulsão de vesículas (patognomônico), hiperemese acentuada, hipertensão arterial precoce	Altura e volume uterino maiores do que o esperado para a idade gestacional	Ecografia. Encaminhar ao Hospital de Referência e não para o CMM, para diagnóstico e tratamento.
Descolamento cório-amniótico	Sangramento discreto	Sangramento discreto vermelho escuro	Ecografia Repouso absoluto até interrupção do sangramento
Placenta Prévia	Segunda metade da gestação. Mais freqüente em multíparas com partos cesáreos anteriores. Sangramento súbito, recorrente e progressivo, vermelho vivo, quantidade variável e indolor	Sangramento vermelho vivo, de quantidade variável, proveniente da cavidade uterina	Na suspeita, evitar o toque vaginal. Encaminhar com URGÊNCIA PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA.
Descolamento prematuro de placenta	Associado à HAS e ao uso de drogas, como crack e cocaína. Dor abdominal súbita; sangramento vermelho escuro, de quantidade variável.	Útero hipertônico e sensível a palpação. BCF ausentes ou alterados; sinais de hipotensão e choque; sangramento oculto (dentro da cavidade uterina) sem exteriorização da hemorragia	Encaminhar com URGÊNCIA PARA O HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

4.9 - Ameaça de parto prematuro

O parto prematuro é o que se dá entre 22 e 36 semanas e 06 dias de gestação. A prematuridade é a principal causa de morbi mortalidade perinatal.

Medidas de prevenção do trabalho de parto prematuro (TPP) e da morbi mortalidade neonatal englobam:

- Melhora do diagnóstico e controle de infecções no período pré-concepcional;
- Melhora da qualidade do pré-natal;
- Rastreamento, diagnóstico e monitoramento de gestantes com risco para TPP no pré-natal;
- Programas de suplementação nutricional;

Quando Encaminhar a gestante :

- Entre 22 e 36 semanas;
- Dor tipo cólica persistente e/ou crescente em baixo ventre;
- Dilatação do colo uterino ao exame;
- Perda de secreção muco sanguínea vaginal;

**** ENCAMINHAR PRECOCEMENTE OS CASOS SUSPEITOS E/OU DIAGNOSTICADOS DE TPP PRIMEIRAMENTE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA.**

5 - VIGILANCIA E PROMOÇÃO DA SAUDE

5.1 - SAÚDE MENTAL

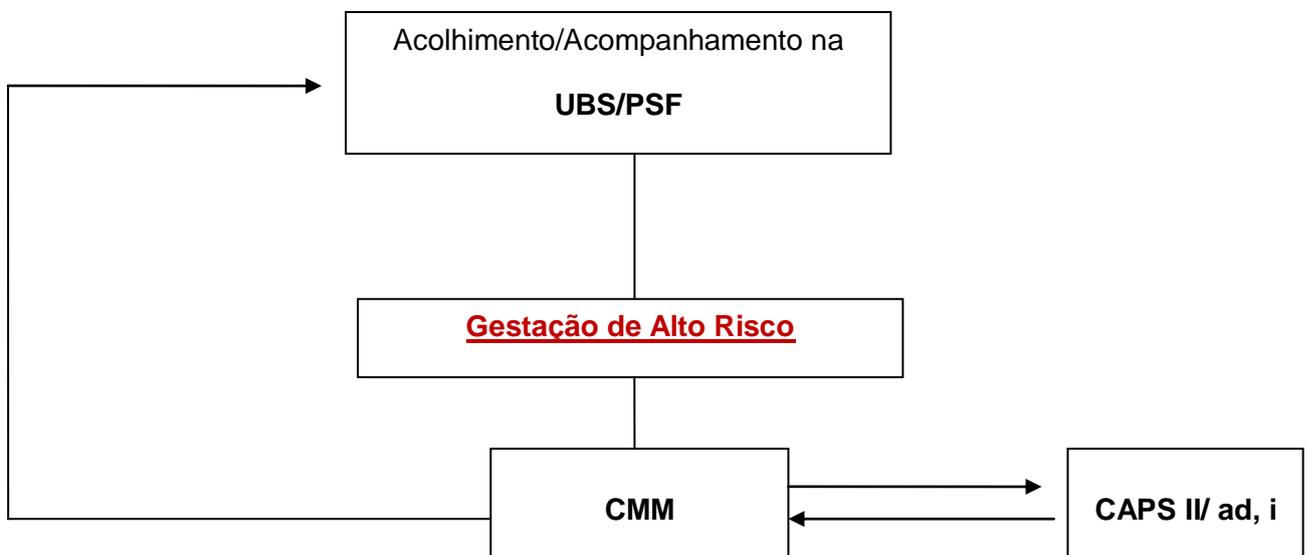
5.1.1 - TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA GESTAÇÃO

As patologias psiquiátricas mais frequentes na gestação são os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares. A avaliação de possíveis manifestações psiquiátricas na gestação é fundamental, já que a detecção precoce pode minimizar o impacto dessas condições, tanto para a mãe quanto para o feto.

As mulheres que já possuem diagnóstico psiquiátrico devem ser orientadas a planejar a gestação e, no caso de gravidez inesperada, receber orientações específicas sobre o tratamento nesse período. A retirada precipitada da terapêutica medicamentosa deve ser discutida, minimizando o risco de recaídas e recorrências de quadros controlados.

Preferencialmente, as decisões devem ser tomadas em conjunto entre a gestante, seu parceiro e as equipes obstétrica e psiquiátrica e devem levar em conta a gravidade atual e pregressa do quadro psiquiátrico. O acompanhamento psicoterápico pode ser uma opção ao uso de medicações ou uma terapêutica conjunta.

Fluxograma Transtorno Mental na Gestação



5.2 - SAÚDE BUCAL

Protocolo odontológico para gestantes:

- Identificar e cadastrar 100% das gestantes da ESF;
- Proporcionar a gestante um período gestacional com acesso aos serviços de Odontologia;
- Programar a primeira consulta da gestante logo no início da gestação e garantir no mínimo 3 consultas odontológicas durante o período de pré-natal;
- Exame clínico de risco na primeira consulta odontológica (biológico e social);
- Atenção integral à Saúde da Gestante: prevenção e controle de agravos, promoção da saúde, recuperação e reabilitação;
- Orientações sobre higiene bucal, dieta, mitos e verdades sobre o atendimento odontológico, estimular o aleitamento materno conforme preconizado pela OMS, orientar o processo de desmame e a alimentação complementar, hábitos de sucção não-nutritivos, cuidados com o bebê, realização de escovação à prática;
- Agendamento do retorno garantindo a realização do tratamento odontológico;
- Encaminhamentos, quando necessário tratamentos odontológicos especializados, para o CEO Ponta Grossa;
- Programar a primeira consulta do bebê na primeira semana de vida e acompanhar até os 36 meses;

A educação em saúde bucal será repassada às gestantes através de palestras e formação de grupos, na Unidade de Saúde no dia de atendimento da gestante e reforçada, sempre, no atendimento clínico odontológico da mesma.

Resultados esperados com a implantação das ações propostas:

- Maior adesão das gestantes ao tratamento odontológico;
- Período gestacional com melhores condições de saúde;
- Planejamento e tratamento integral e multiprofissional da gestante;

- Mudança de hábitos comportamentais da gestante em relação a sua higiene bucal e dieta, bem como cuidados com o bebê;
- Redução da transmissibilidade da doença cárie das gestantes para os seus bebês.

6 - CUIDADOS COM AS MAMAS NA GRAVIDEZ/ALEITAMENTO MATERNO

• Durante o acompanhamento pré-natal, é importante dialogar com as mulheres, abordando o plano da gestante com relação à alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno.

• Abordar a importância do aleitamento materno e explicar seus benefícios como, por exemplo: Evita mortes infantis, diarreia, infecção respiratória, diminui risco de alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol e diabetes, reduz a chance de obesidade, e garante melhor nutrição, tem efeito positivo na inteligência contribuindo para o desenvolvimento cognitivo, ajuda no desenvolvimento da cavidade bucal, é uma proteção contra o câncer de mama, evita nova gravidez, tem menor custo financeiro, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho.

7 - Prescrições de medicamentos às grávidas e lactantes

A ministração de medicamentos a grávida afeta mãe e o feto, podendo condicionar neste ultimo teratogenia, que se define como alterações morfológicas, bioquímicas ou comportamentais, induzidas em qualquer fase da gestação e detectadas em qualquer momento da vida do individuo. O período de maior vulnerabilidade situa-se entre a 8ª e a 12ª semana.

Prescrições de medicamentos

A categorização dos fármacos usados durante a gravidez/lactação realiza-se de acordo com as seguintes classes:

Categorização dos fármacos usados durante a gravidez/lactação	
Gravidez	Lactação
<p>A. Fármacos de uso freqüente por um grande numero de grávidas e que não evidenciaram efeitos nefastos ao feto;</p> <p>B. Fármacos usados por um pequeno número de grávidas e que não evidenciaram efeitos nefastos sobre o feto;</p> <p>C. Fármacos que causaram ou são suspeitos de causar efeitos deletérios sobre o feto sem serem diretamente teratogênicos;</p> <p>X. Fármacos proibidos durante a gravidez.</p>	<p>I. Fármacos que não passam para o leite;</p> <p>II. Fármacos que passam para o leite, mas não parecem ter efeitos deletérios sobre o lactente;</p> <p>III. Fármacos que passam para o leite e que têm efeitos deletérios sobre o lactente;</p> <p>IV. Fármacos sobre os quais não há informação.</p>

Classe X:

- Misoprostol, derivados do acidoretinoico (etetrinato), talidomida.

Classe D:

- Tetraciclina, cloranfenicol, aminoglicosídeos (estreptomicina e derivados);
- Antimaláricos (quinina, cloroquina);
- Citostáticos;
- Hormonas androgênicas;
- Dietilestibestrol;
- Anticonvulsivantes (trimetadiona, fenitoina, valproato de sódio, fenobarbital);
- Anticoagulantes dicumarínicos (ácido aminocaproico, varfarina);
- Antidiabéticos orais;
- Penicilamina;

- Sais de lítio;
- Benzodiazepinas;
- Antitussivos iodados (iodeto de potássio, iodeto de cálcio);
- Vacina anti-rubeólica e febre amarela.

Fármacos a evitar no 3º trimestre pela possibilidade de causarem:

- **Kernicterus (sulfonamidas, análogos da vitamina K);**
- **Encerramento do canal arterial, oligoâmnios (salicilados e derivados pirazolônicos);**
- **Síndrome cinzenta do recém-nascido (RN) (clorofenicol);**
- **Anemia hemolítica do feto e do RN (nitrofurantoina);**
- **Hipoglicemia do RN (antidiabéticos orais).**

8 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

8.1 - ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA(ESF):

8.1.1 - Atribuições comuns:

- Captação precoce da gestante na área. Toda equipe, com prioridade absoluta para os ACS;
- Diagnóstico da Gravidez- Generalista/médico da ESF;
- Confirmado o diagnóstico, cadastro e agendamento IMEDIATO da primeira consulta- Médico ou Enfermeiro da ESF;
- Se não confirmado o diagnóstico, agendar consulta médica, para continuar a investigação da amenorreia;
- Realização da primeira consulta, já com vinculação à maternidade de referência; Anamnese e exame clínico rigorosos e solicitação dos exames do protocolo. Agendamento de retorno, com garantia de vaga - para Médico e Enfermeiro da ESF;
- Orientação da gestante, individual/coletiva, completa a cerca do Pré-Natal;
- Realização da segunda consulta, para avaliação dos exames solicitados e CLASSIFICAÇÃO DO RISCO – Médico e Enfermeiro(a) da USF- O profissional escalado para realizar esta consulta, será definido consensualmente pela ESF, de acordo com as competências, respeitadas as atribuições;

- Realizar consultas subsequentes (no mínimo 07), sempre avaliando risco gestacional e garantindo agenda de retorno- Médico e Enfermagem, em consultas intercaladas;
- Acompanhar gestantes, que apresentem intercorrências no pré-natal, e que não constituem critérios para encaminhamento no alto risco – Médico ou Enfermeiro da UBS;
- Fazer encaminhamento responsável ao Pré-Natal de Alto Risco (PAR), quando indicado pela classificação de risco, documentado através do impresso *Referência/Contra referência(padronizado no protocolo com preenchimento obrigatório)*, mantendo a inclusão da gestante em toda a programação e em todas as atividades educativas, da ESF. Isto é mesmo que seja referenciada ao PAR, deverá ser acompanhada e seguida na USF, principalmente pelo vínculo e ações educativas;
- Participar de atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal, cuidados necessários durante a gestação, preparando a gestante para o parto, aleitamento materno e puerpério – Toda ESF;
- Aconselhamento vacinal-vacinação antitetânica;
- Realizar VD, com objetivo de acompanhar a gestante, identificar pontualmente fatores de riscos, fazer as orientações e os encaminhamentos necessários – Toda ESF;
- Monitorar pacientes faltosos ao pré-natal ou puerpério, com posterior busca ativa – ACS, Médico ou Enfermeiro;
- Consulta de Enfermagem à Puérpera e RN, no momento do teste do pezinho(5º dia) ou até o 10º dia de puerpério, com garantia de agendamento de consulta médica até o 40º dia;
- Consulta de puerpério - Médico;
- Encaminhar todas as puérperas que comparecerem as atividades do 5º dia de avaliação – Responsável pela sala de vacina.

8.1.2 - Atribuições do ACS:

- Cadastrar famílias em áreas de sua responsabilidade, identificando crianças e gestantes ainda não cadastradas ou que necessitem cuidados especiais;
- Desenvolver ações que visem a integração entre a ESF e população da área;
- Estar em contato permanente com as famílias, principalmente através das VD, desenvolvendo ações educativas que visem à promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como estimular a autonomia e autocuidados;
- Orientar famílias, grupos sociais, gestantes e individualmente a todos, quanto aos fluxos, rotinas, ações e serviços de saúde disponíveis e desenvolvidos pela USF ;
- Acompanhar, pelo menos uma vez no mês, por meio de VD, todas as famílias sob sua responsabilidade, mantendo a equipe informada de suas atividades e

principalmente a respeito daquelas em situação de riscos. Visitar mensalmente todas as gestantes da área, informando possíveis situações de risco;

- Identificar todos os usuários que não aderirem as atividades programadas nos protocolos assistenciais, inclusive no pré-natal, ações de Vigilância Epidemiológica ou outras que tenham sido previstas pela ESF, visitando e estimulando a sua participação, comunicando à equipe, aqueles que não responderem às ações;
- Realizar em conjunto com ESF das atividades de planejamento e avaliações das ações de saúde no âmbito da sua área de atuação;
- realizar a entrega domiciliar de medicamentos prescritos e informar aos usuários sobre agendamentos de consultas e/ou exames especializados, definidas pela USF;
- Captar gestantes de sua área de atuação, encaminhando-as à USF, para inscrição no pré-natal;
- Participar ativamente das atividades educativas sobre pré-natal, principalmente , sobre sua participação precoce , priorizando aquelas em situações de risco;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes através da VD, captando e encaminhando as puérperas à USF, notadamente aquelas de maior riscos reprodutivos;
- **Busca ativa à todas faltosas as consultas do pré-natal e puerpério, anotando na carteirinha de gestante as visitas;**
- Realizar VD a todos RNs que tiverem alta hospitalar;
- Incentivar e orientar sobre o aleitamento materno exclusivo, a adesão ao calendário de vacinações e controle da puericultura.

8.1.3 - Atribuições dos Técnicos de Enfermagem:

- Realizar cuidados diretos de enfermagem, de rotina e nas urgências/emergências, sob supervisão do Enfermeiro;
- Realizar e anotar dados dos sinais vitais;
- Orientar os usuários para as consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos;
- Participar das reuniões periódicas da ESF, do planejamento, decisões, projeto de intervenção;
- Participar da capacitação e educação permanentes, promovida pelo enfermeiro e / ou demais membros da ESF;
- Atender e registrar as ações de enfermagem nos prontuários dos pacientes, em formulários do sistema de informações e outros documentos da instituição.

8.1.4 - Atribuições do Enfermeiro na ESF:

- Responder tecnicamente pela Unidade e ESF;
- Planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência integral de enfermagem, em todas as fases do ciclo do indivíduo, tendo como estratégia o contexto sócio-cultural e familiar;
- Supervisionar a assistência de enfermagem, merecendo destaque para as ações de imunização, preparo e esterilização de materiais, administração de medicamentos, curativos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos, realizados pelos técnicos de enfermagem;
- Participar ativamente das ações e procedimentos do pré-natal;
- Realizar Consulta de Enfermagem e prescrever os cuidados de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão, regulamentadas pela RESOLUÇÃO COFEN No.159/1993;
- Quando necessário e conforme os protocolos estabelecidos nos programas do MS e/ou SMS-PG, e as disposições legais para a profissão (RESOLUÇÃO COFEN No. 195/1997 e RESOLUÇÃO COFEN N 271/2002), está respaldada a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos, após avaliação do estado de saúde dos indivíduos e/ou gestantes cadastradas;
- Planejar e coordenar a capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com a participação dos demais membros da ESF;
- Planejar e coordenar a reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o enfrentamento dos problemas identificados;
- Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, nos formulários dos sistemas e outros documentos da instituição;
- Planejar, coordenar e executar e avaliar as ações educativas para mulheres e suas famílias, incluindo grupos de gestantes e demais grupos específicos;
- Utilizar grupos de gestantes, de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrerem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências;
- Organizar grupos de visitas e acompanhar as gestantes em visitas à maternidade de referência;
- Realizar consultas de Pré-Natal de baixo risco, intercalando com médico da ESF, de acordo com a realidade local e protocolo assistencial;
- Realizar primeira consulta de puerpério – 5º dia e ao RN;
- Prescrição de cuidados de enfermagem, para gestante, puérpera e RN;
- Prescrição de medicamentos, conforme protocolos de Pré-Natal de baixo risco (Apêndice B);
- Solicitar exames constantes da rotina do pré-natal de baixo risco, conforme protocolo.

8.1.5 - Atribuições do Médico da USF:

- Ser referência médica da população adscrita, realizando atendimento aos usuários, e grupos populacionais, independentes de quaisquer características, atuando com todos os problemas de saúde em suas diversas dimensões, físicas, psicológicas, e socioculturais existentes;
- Ser responsável pela prestação de cuidados médicos continuados, levando-se em conta as necessidades dos usuários, havendo problemas agudos ou crônicos;
- Desenvolver abordagem centrada no indivíduo, desenvolvendo consultas clínicas, procedimentos, atividades coletivas e Visitas Domiciliares (VDs);
- Identificar a prevalência e incidência de doenças e agravos na comunidade e medidas de intervenção com planejamento e em conjunto com a ESF;
- Realizar a gestão de cuidados, identificando e gerindo a interface com as demais especialidades;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar , bem como a utilização de atenção especializada, com indicação baseado em evidência e/ou protocolos do município, de forma racional e objetiva, sempre documentando a necessidade, através dos instrumentos disponíveis na rede municipal de saúde;
- Registrar sempre as consultas, procedimentos e /ou outras intervenções clínicas, nos prontuários, formulários dos sistemas e /ou outros documentos da instituição;
- Participar do planejamento e execução da educação permanente da equipe de saúde e dos ACS, junto as aos demais membros da equipe da USF;
- Inscrever a gestante no programa de Pré-Natal, através do prontuário eletrônico, na primeira consulta, nas situações em que houver esta oportunidade, obtendo o no. do SISPRENATAL e registrando-o na cartão da gestante;
- Identificar o risco gestacional o mais precoce possível no início do Pré-Natal e em todas as consultas, estratificando-o, realizando o encaminhamento para o serviço de Pré-Natal de Alto Risco, quando necessário;
- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica as gestantes que apresentem TOXOPLASMOSE , HIV na gravidez e outros, conforme o protocolo;
- Avaliar todos os resultados de exames, corrigindo o que for necessário e encaminhando a gestante que for necessário, inclusive aquelas com citologias alteradas;
- Tratar e monitorar o controle de cura das gestantes diagnosticadas com sífilis;
- Participar com a ESF, do monitoramento das gestantes, principalmente aquelas de riscos;

- Monitorar e acompanhar as gestantes de alto risco, mesmo aquelas acompanhadas nos serviços de referência, quanto ao autocuidado e uso correto das medicações prescritas. Participar das atividades educativas para elas;
- Avaliar e programar o esquema de vacinação, junto com a enfermeira;
- Realizar avaliação da puérpera, no 5º. Dia (1ª. consulta do puerpério) , junto com enfermeiro(a).

8.2 - Educação em Saúde / Fluxo na USF:

- a) No contato com a gestante e/ou família;
- b) Pela equipe de saúde, durante a consultas; proceder a abordagens de temas de interesse para a gestante e de importância para a ESF. Não “perder” a oportunidade do contato da gestante com a equipe;
- c) Os trabalhos em grupo (trabalhos coletivos) são muito importantes para orientação da gestante à cerca do Pré-Natal e sua integração no grupo, assim como troca de experiências;
- d) Um importante momento da abordagem coletiva no pré-natal é a **sala de espera**. Aquele momento no qual a gestante aguarda por sua consulta (médica ou de enfermagem), em que a equipe pode trabalhar os conteúdos de interesse, e abordar temas específicos;
- e) Após captação da gestante ou procura espontânea, proceder ao:
 - Acolhimento. Torna-lo o melhor possível, para que a gestante sinta o interesse da equipe, sinta-se acolhida e mantenha a adesão (vinculo) ao programa;
 - Ouvir queixas e relatos e investigar a vida pregressa, patologias, agravos e história obstétrica, detalhada;
 - Avaliação da situação afetivo-emocional da gestante (momento);
 - Aconselhamento e orientação, necessários à gestante;
- f) Inscrever no programa, abrir prontuário e definir primeira consulta do pré-natal;
- g) Proceder aos sinais vitais e dados antropométricos, para o acompanhamento do estado nutricional. Calcular o IMC;
- h) Exame clínico detalhado em todas as consultas; exame ginecológico na primeira consulta;
- i) Registros dos dados no Cartão da Gestante, prontuário e Sistema de Informações;
- j) Solicitar e agendar exames de rotina, do protocolo de risco habitual;
- k) Avaliar exames ginecológicos anteriores e agendar, conforme protocolo;
- l) Agendar consulta e avaliação pela equipe de odontologia-Obrigatório;
- m) Informações úteis à gestantes (individual ou coletivamente) sobre cuidados gerais.

Abordar:

- A importância do pré-natal e autocuidados;
- A importância da atividade física e benefícios na gravidez;
- Alimentação e sua importância na gravidez- Obesidade, baixo peso e alimentos funcionais;
- Importância do aleitamento materno e cuidados com as mamas;
- Desenvolvimento da gestação e mudanças no corpo;
- Os mitos e fantasias sobre a gestação e o parto;
- Sintomas frequentes na gestação e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e sobre os pródromos de trabalho de parto;
- Orientações e incentivo ao parto normal, o puerpério, como processos fisiológicos e naturais;
- Orientações e incentivo ao aleitamento materno;
- Preparo para o parto, estratégias e logística;
- Grupo de gestantes;
- Benefício legais a que as mulheres tem direitos;
- A importância do companheiro/ marido, no Pré-Natal e trabalho de parto;
- O direito de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto/pós parto e sua escolha - Legislação;
- Os cuidados imediatos com o recém-nato e a Puericultura;
- Atividade sexual, prevenção das DST e aconselhamento sobre o teste de HIV;
- Informar especificamente, cuidados particulares com as mamas;
- Abordar e esclarecer sobre vacinação e sua importância;
- Informar sobre calendário e agendamento de consultas subsequentes, o número mínimo de consultas e a alternância, consulta médica e de enfermagem;
- Abordar sobre alimentação adequada e a importância da restrição do sal;
- Orientar sobre a possibilidade de intercorrências e como proceder;
- Abordar sobre a maternidade de referência e se possível agendar visitas (em grupos).

9 – ENCAMINHAMENTOS:

9.1- QUANDO E COMO ENCAMINHAR AS GESTANTES À ATENÇÃO SECUNDÁRIA(CMM)

a) Instrumento de Referência:

O instrumento de referência e contra-referência será o já padronizado e utilizado universalmente, pelas UBS/USF. Não será admitido qualquer outro impresso ou forma de encaminhamento. Ver modelo anexo.

O preenchimento dos campos e dados da paciente, deve ser completos, incluindo a UBS/USF de origem, nome e carimbo do médico responsável e da enfermeira, para possíveis contatos posteriores. É aconselhável anotar o Telefone da BS/USF.

Fazer o resumo da história clínica e obstétrica, exame físico, resultados dos exames e suspeitas e/ou dúvidas, de forma clara e objetiva. Não serão

aceitos pelo CMM, encaminhamentos sem estes componentes, o que acarretará possível recusa da unidade de destino, recaindo toda e qualquer responsabilidade sobre a unidade de origem.

Ao preencher o Instrumento, a Enfermeira da unidade de origem entregará o instrumento à gestante, com todos os dados, claros e legíveis e orientará a gestante a procurar o CMM com a carteirinha de gestante também completamente preenchida para realizar o agendamento da consulta. Após o devido atendimento, o profissional da referência deverá proceder de forma clara e objetiva o resultado de sua avaliação (e diagnóstico se possível), indicando o destino a ser dado à paciente e registrando as orientações necessárias à unidade de origem para seguimento, se for o caso. Da mesma forma esta poderá comunicar à SMS, a contra-referência, inconclusiva, ilegível, ou sem as devidas orientações.

9.1.1- Situações que demandam encaminhamentos à atenção secundária(CMM):

- As situações previstas, conforme a classificação de risco deste manual;

- Situações clínicas e/ou obstétricas, agudas, surgidas na evolução do Pré-Natal, que justifiquem a mudança de risco e necessidade de avaliação e/ou intervenção do Obstetra, a nível ambulatorial;

Intercorrências clínicas, que não ponham em risco a gestante ou binômio, ou não tenham repercussão sobre eles, devem ser resolvidas na UBS/USF, ou com auxílio de referência à especialidade a fim;

- Sangramentos agudos e discretos, da primeira fase, desde que não levem a repercussões hemodinâmicas ou risco imediato ao binômio;

- Doenças infecciosas agudas, que coloquem em risco o binômio;

ANEXAR COMPLEMENTO CMM

9.2 - QUANDO E COMO ENCAMINHAR AS GESTANTES À MATERNIDADE (Referência):

Usar sempre o Instrumento padronizado, completa e devidamente preenchido, sendo que nos casos de maior urgência, realizar contato prévio com o plantonista, registrando-o no prontuário da paciente. Nunca indicar o procedimento e/ou conduta a ser tomada, pois é de ação exclusiva e responsabilidade do plantonista pela maternidade de destino.

9.2.1-Situações específicas em que estão indicadas referência à Maternidade:

- Gestante em final de gravidez, próximo da DPP, e com pródromos de Trabalho de Parto (Dor, contrações cíclicas, BCF normal- variando apenas nas contrações e voltando ao normal fora delas-, apresentação pélvica insinuado ou encaixada, ao toque colo amolecido, afinado e em dilatação).

- Intercorrências no Pré-Natal, que podem colocar em risco, a vida da mãe e/ou feto:

* Hemorragias de qualquer fase da gestação, com instabilidade hemodinâmica no momento ou potencial;

* Crises hipertensivas, na gestação, não controladas ambulatorialmente- Eclampsia, Crises hipertensivas severas, etc.

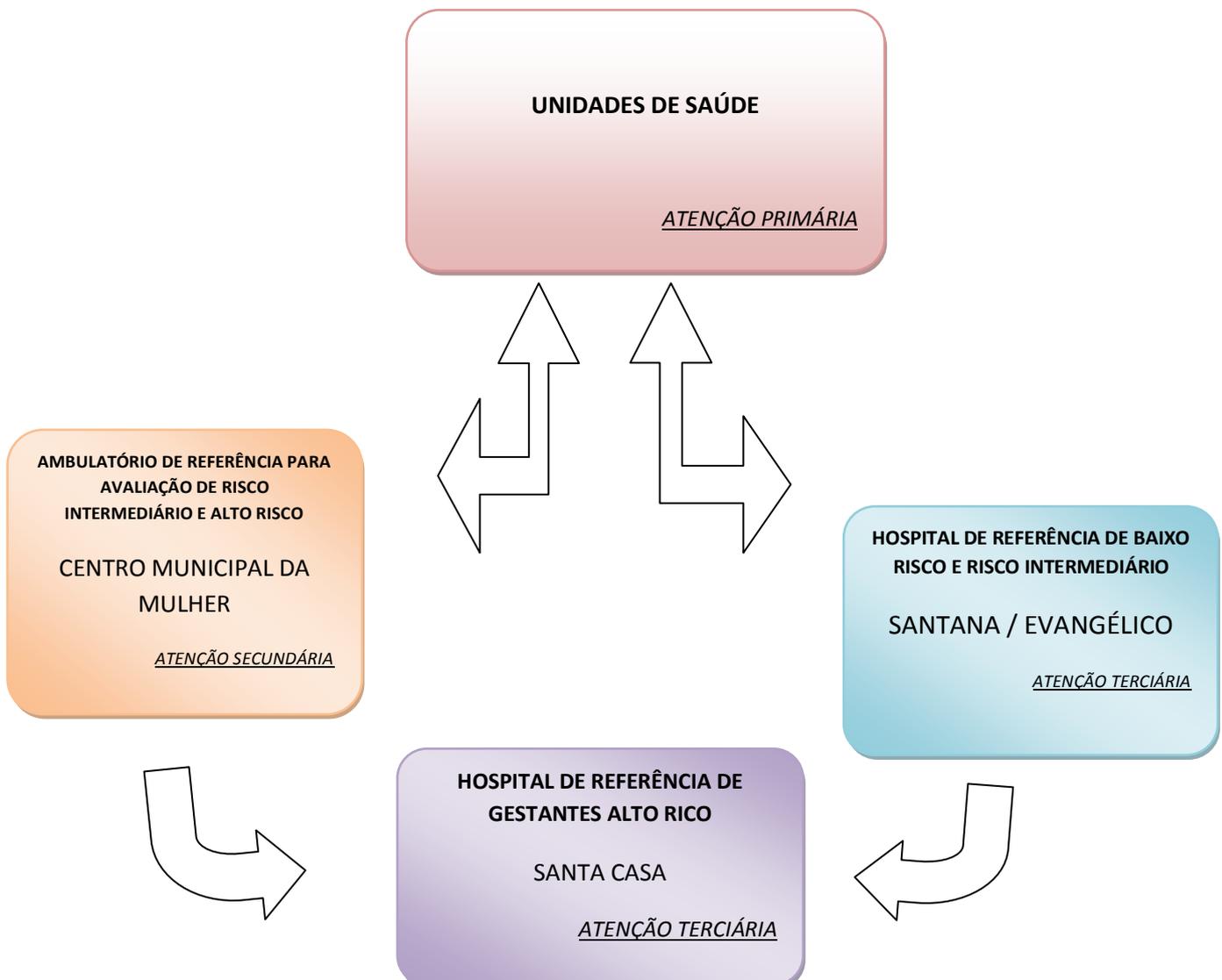
- * Doenças Urogenitais agudas altas: Pielonefrites;
- * Situações clínicas agudas que necessitam internamentos: Hiperemese; GECA's com DEEC;
- * Doenças infecto-contagiosas agudas, de difícil controle ambulatorial, que necessitam controle imediato:
- * Trabalho de parto prematuro: Sinais e/ou iminência de TP, antecipados em relação à DPP;
- * Gestantes a partir de 40 semanas quando a responsabilidade passa a ser do hospital de referência, podendo ainda ser avaliada pela UBS.

9.3 - FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAMENTO DAS GESTANTES

ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

* Somente gestantes domiciliadas em Ponta Grossa;

* Guia para encaminhamentos: Referência/Contra referência e Carteirinha da Gestante;



9.4 - FLUXO CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

9.4.1 - Unidades de Saúde ===>Centro Municipal da Mulher

Quando encaminhar?

- Gestantes que apresentem algum fator de risco definido no Protocolo de Estratificação da Gestante.
- Gestantes que apresentem intercorrências clínicas que surjam durante o pré-natal, conforme Protocolo de Estratificação da Gestante.
- Aquelas que já apresentam patologia com risco, encaminhar logo na 2ª Consulta de Pré-Natal da Unidade de Saúde, juntamente com resultados de exames descritos na carteirinha da gestante.
- Encaminhamentos de até 37 semanas e somente pelas Unidades de Saúde.

OBS: A gestante caracterizada como Alto-Risco, não deve perder o vínculo com sua Unidade de Saúde, sendo a mesma responsável pelas vacinas, avaliações eventuais não relacionadas ao pré-natal, atividades educativas (grupos de gestantes) como também a busca ativa desta gestante.

9.4.2 - Centro Municipal da Mulher ====>Unidades de Saúde

- Gestantes estratificadas como baixo risco, retornam à Unidade de Saúde de origem para atendimento do pré-natal, bem como, a Contra Referência devidamente preenchida com as observações constatadas pelo especialista.

9.4.3 - UBS ====> HOSPITAL DE REFERÊNCIA (EVANGÉLICO / SANTANA)

- Intercorrências agudas ou que coloque em risco a gestante ou ao bebê.
- Em horários em que a Unidade estiver fechada, a gestante com qualquer intercorrência **obstétrica** deve procurar o Hospital Vinculado à sua carteirinha de gestante.
- A partir de 38/39 semanas ao Hospital de Referência para avaliação.
- Gestação tardia assintomática.

9.4.4 - HOSPITAL DE REFERÊNCIA (EVANGÉLICO OU SANTANA) =====> UNIDADE DE SAÚDE

- Gestantes atendidas no Hospital que não alterem sua estratificação de risco continuam realizando o pré-natal na Unidade de Saúde de rotina.
- Gestantes atendidas no Hospital que altere sua estratificação de risco, mas que tenham outras condições ELETIVAS, contra referenciar À UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM, indicando a nova estratificação de Alto-Risco, afim da mesma ser referenciada ao Centro Municipal da Mulher pela unidade de Saúde.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Ao retornar à sua Unidade de Saúde de Origem, a gestante será avaliada pelo seu pré-natalista e agendada ao Centro Municipal da Mulher em no máximo 07 (sete) dias, por se tratar de um atendimento ELETIVO;
- A Contra Referência é o documento imprescindível, devido ao fato de conter as informações com os dados e condutas adotados no atendimento à gestante pelo Hospital para a identificação na Unidade de Saúde, bem como, o preenchimento da Carteirinha da Gestante;

9.4.5 - Centro Municipal da Mulher =====> =====> HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM ALTO-RISCO (SANTA CASA)

- Gestantes que são estratificadas e acompanhadas como Alto Risco no CMM;

9.4.6 - HOSPITAL DE REFERÊNCIA (SANTANA/EVANGÉLICO =====> HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM ALTO-RISCO (SANTA CASA)

- Gestantes em atendimento caracterizados de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, onde a gestante passou a ser alto risco no próprio hospital e não têm condições clínicas de retornar ao acompanhamento eletivo, a mesma deve ser ENCAMINHADA PELO HOSPITAL DE BAIXO RISCO PARA O HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE ALTO-RISCO através de contato telefônico prévio entre os profissionais médicos, ou solicitar VAGA ZERO via CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS/SESA.

NOTA:

Este protocolo pretende ser um instrumento e orientação para profissionais das Unidades de Saúde e deve ser revisado anualmente. Sugerem-se mudanças, a partir da realidade local e avaliações periódicas.

Outro aspecto importante é o treinamento e a educação continuada, no pré-natal, para as equipes, a fim de melhor capacitar e qualificá-las.

Esperamos que cada equipe possa fornecer subsídios, a partir das suas experiências e expectativas, a construção de uma grade de temas, que será desenvolvida pela própria equipe e enviada à SMS, via apoiadores, que irão acompanhar o processo.

Os treinamentos e o processo de Educação Continuada deverão ocorrer, a partir da própria equipe e se necessário com apoio externo, SMS e/ou CMM.

10 – PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

- Diagnóstico de Saúde
- Indicadores da assistência- série histórica
- # Número de nascidos vivos por área de abrangência;
- # Percentual de NV de baixo peso
- # Percentual de NV prematuros
- # Percentual de NV de mães adolescentes
- #Percentual de partos cirúrgicos
- # Mortalidade perinatal e infantil
- # Identificação de eventos sentinelas, durante a gestação e puerpério
- # Fechamento dos dados do SISpré-natal, etc
- Definição de prioridades e mudanças, a partir do diagnóstico
- Avaliação da disponibilidade de recursos humanos, materiais e físicos
- Definição de metas
- Programação das atividades: definição de ações a serem desenvolvidas e resultados esperados.

ANEXOS

ANEXO I – POP 078 Determinação da Idade Gestacional

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa		
		
Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Enfermagem		
POP - Procedimento Operacional Padrão		
Data Elaboração: 01/07/2015 Data Última Revisão:	Responsável Elaboração: Enf. Adriana C. Oliveira Alves Responsável Última Revisão:	Pág. 63/ 78 Número de Revisões: 01
POP 078 – DETERMINAÇÃO IDADE GESTACIONAL		

I - OBJETIVO

Estabelecer a sistemática para o procedimento de determinação da idade gestacional na Rede de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde, oferecendo segurança e qualidade no atendimento a gestante.

II - SETORES ENVOLVIDOS

- * Enfermagem
- * Corpo clínico

III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Os métodos para esta estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher.

I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

- Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);
- Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos .

III. Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

ANEXO II – POP 079 Determinação da Data Provável de Parto

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa		
Secretaria Municipal de Saúde		
Coordenação de Enfermagem		
POP - Procedimento Operacional Padrão		
	Data Elaboração: 01/07/2015	Responsável Elaboração: Enf. Adriana C. Oliveira Alves
	Data Última Revisão:	Responsável Última Revisão:
		Pág. 65/ 78
		Número de Revisões: 01
POP 079 – CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO		

I - OBJETIVO

Estabelecer a sistemática para o procedimento de determinação da data provável do parto da gestante na Rede de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde, oferecendo segurança e qualidade no atendimento a gestante.

II - SETORES ENVOLVIDOS

* Enfermagem

* Corpo clínico

III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir do primeiro dia da DUM), mediante a utilização de calendário.
- Com o disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.
- Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

- Exemplos:
- Data da última menstruação (DUM)= 13/09/2015
- Data Provável do Parto (DPP) = 20/06/2016 (13 + 7= 20/9 -3=6)

- Data da última menstruação (DUM): 10/02/2015
 - Data Provável do Parto (DPP): 17/11/2015(10+7= 17/2 +9=11)
-
- Data da última menstruação (DUM) : 27/01/15
 - Dada provável do parto (DPP) : 03/11/15
 - (27 + 7 = 34/34 – 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11)
-
- Cálculo do dia:
 - Considerar o dia da data da última menstruação (DUM) e somar 7 para as múltíparas ou 10 para as nulíparas.
 - Cálculo do mês e do ano compreendido entre janeiro e março – somar 9 ao mês e manter o ano.
 - Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre abril e Dezembro – diminuir 3 do mês e somar 1 ao ano.
 - Em ambas as situações, se a contagem dos dias ultrapassar o número de dias previsto para o mês (28,29,30 ou 31), deve-se somar mais 1 ao mês da DUM.

ANEXO III – POP 080 Palpação Obstétrica

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa		
Secretaria Municipal de Saúde		
Coordenação de Enfermagem		
POP - Procedimento Operacional Padrão		
	Data Elaboração: 01/07/2015	Responsável Elaboração: Enf. Adriana C. Oliveira Alves
	Data Última Revisão:	Responsável Última Revisão:
		Pág. 67/ 78
		Número de Revisões: 01
POP 080 – PALPAÇÃO OBSTÉTRICA		

I – OBJETIVO

- Identificar o crescimento fetal;
- Identificar a situação e a apresentação fetal.

II - SETORES ENVOLVIDOS

- * Enfermagem
- * Corpo clínico

III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar – se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina).

A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal.

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos :

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as

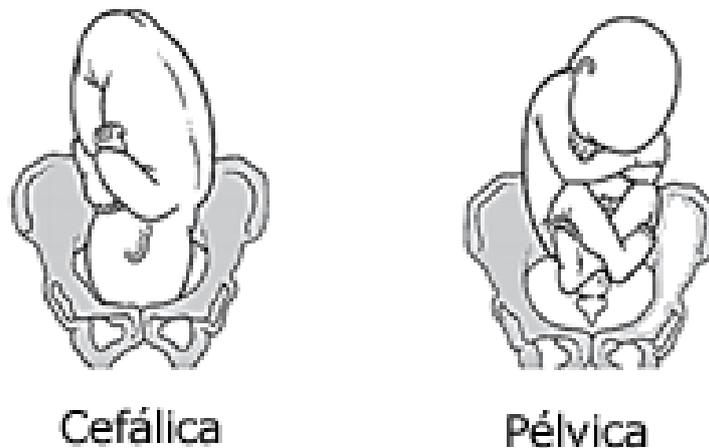
pequenas partes do feto;

- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

Manobras de palpação:



O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.



Fonte: BRASIL, 2006

ANEXO IV – POP 081 Medida da Altura Uterina (AU)

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa		
Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Enfermagem		
POP - Procedimento Operacional Padrão		
	Data Elaboração: 01/07/2015	Responsável Elaboração: Enf. Adriana C. Oliveira Alves
	Data Última Revisão:	Responsável Última Revisão:
		Pág. 69/ 78 Número de Revisões: 01
POP 081 – MEDIDA DA ALTURA UTERINA		

I - OBJETIVO

- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar precocemente os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;

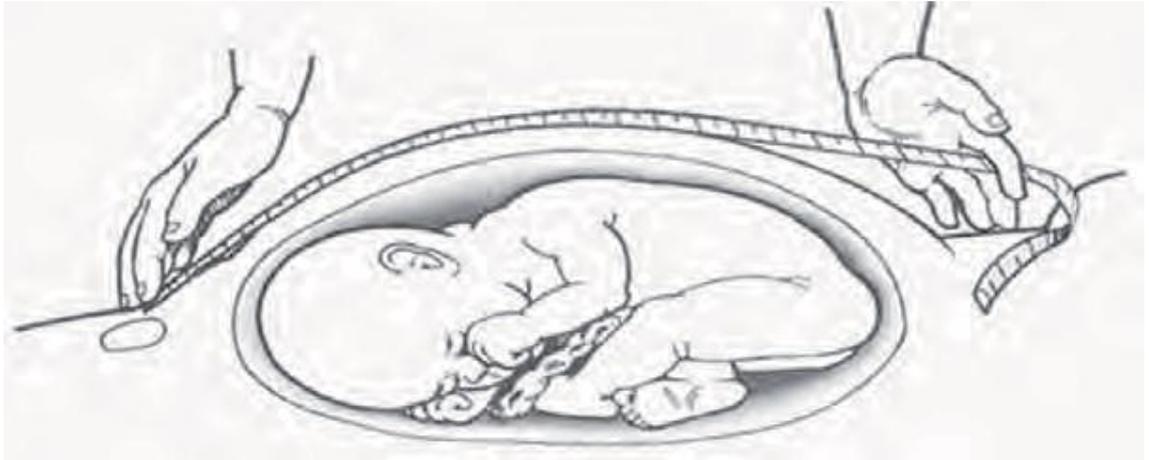
II - SETORES ENVOLVIDOS

- * Enfermagem
- * Corpo clínico

III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

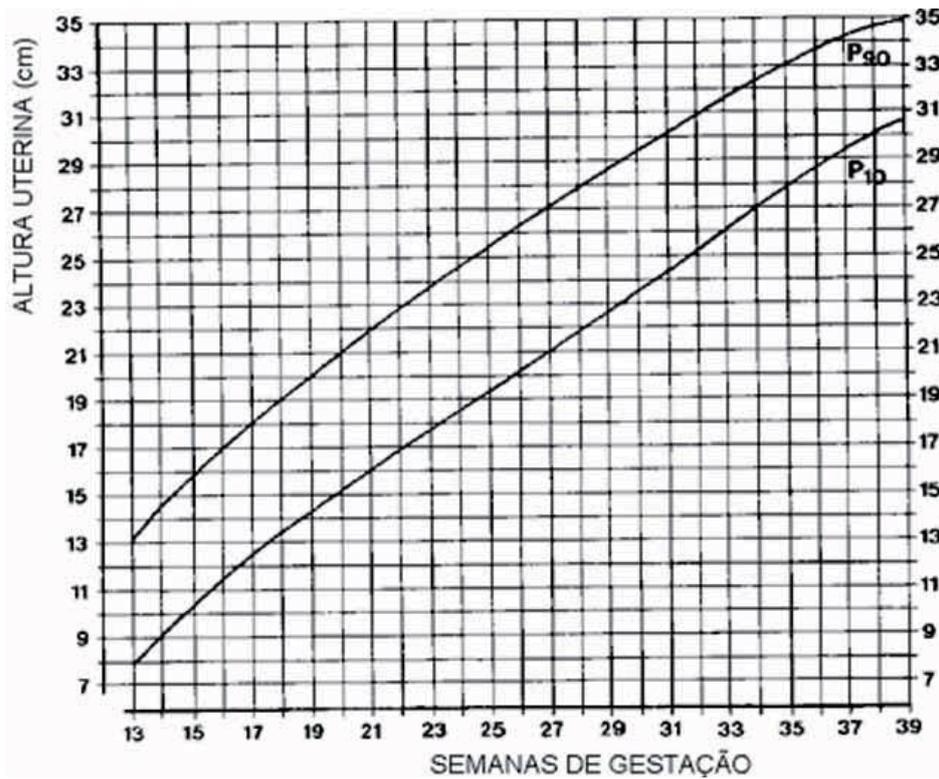
- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina

Figura 4- Medida da altura uterina



Fonte: Brasil 2005

Gráfico 1: Altura uterina versus semana de gestação



ANEXO V – POP 082 Ausculta de Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa		
Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Enfermagem		
POP - Procedimento Operacional Padrão		
	Data Elaboração: 01/07/2015 Data Última Revisão:	Responsável Elaboração: Enf. Adriana C. Oliveira Alves Responsável Última Revisão:
		Pág. 71/ 78 Número de Revisões: 01
POP 082 – AUSCULTA DE BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS		

I – OBJETIVO

Verificar a vitalidade fetal;

Determinar precocemente desvios de normalidade

II - SETORES ENVOLVIDOS

* Enfermagem

* Corpo clínico

III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Segure o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal;
- Encoste o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
- Faça, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e, só então, retire a mão que segura o tubo;
- Quando disponível, utilize o sonar *doppler*;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF.

Observação: após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar doppler, a partir de 12 semanas de gestação.

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

ACHADO	CONDUTA
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas	Alerta: Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afastar as condições que prejudiquem uma boa ausculta: Faça nova reavaliação imediata Em caso negativo solicitar ultrassonografia Manter pré-natal UBS
BCF audível com ritmo e frequência Normal	Anormalidade: Encaminhar ao hospital de referência
BCF audível e ritmo irregular ou frequência <120 ou > 160 persistente em 02 verificações	

ANEXO VI – POP 083 Verificação de Edema

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa		
Secretaria Municipal de Saúde		
Coordenação de Enfermagem		
POP - Procedimento Operacional Padrão		
	Data Elaboração: 01/07/2015	Responsável Elaboração: Enf. Adriana C. Oliveira Alves
	Data Última Revisão:	Responsável Última Revisão:
		Pág. 73/ 78
		Número de Revisões: 01
POP 083 – VERIFICAÇÃO DE PRESENÇA DE EDEMA		

I – OBJETIVO

Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico nos membros inferiores;

Determinar precocemente desvios de normalidade, prevenindo complicações.

II - SETORES ENVOLVIDOS

* Enfermagem

* Corpo clínico

III - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar a paciente o procedimento que será realizado;
- Colocar a paciente sentada confortavelmente;
- Expor os membros inferiores da paciente sem garroteamento ou pressão;
- Avaliar a presença de edema conforme o quadro abaixo:

Achados	Anote	Conduta
Edema ausente.	(-)	Acompanhar a gestante seguindo o calendário rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de

		<p>sintomas.</p> <p>A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina.</p> <p>Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco.(vide hipertensão)</p>
<p>Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.</p>	(+++)	<p>Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências.</p> <p>A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.</p>
<p>Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.</p>		<p>Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP).</p> <p>A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.</p>

APÊNCIDE A

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

PROTOCOLO DE GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

SITUAÇÃO/QUEIXA	AÇÃO
1º Consulta Pré-Natal	Abrir SIS pré Natal, preencher carteirinha de gestante, estratificar o risco, solicitar exames de rotina, vincular a gestante a maternidade de referencia, encaminhar a imunização, agendar coleta de preventivo, prescrever sulfato ferroso+ ácido fólico, agendar consulta odontológica, Anamnese + exame físico.
Anemia - Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl	Prescrever Sulfato Ferroso 120 a 240 mg/dia
Hemoglobina abaixo de 8g/dl	Encaminhar ao CMM
RH Negativo	Solicitar Coombs indireto – Se Positivo encaminhar ao CMM, se Negativo segue pré-natal na UBS
VDRL/ Teste rápido Sífilis - POSITIVO	Prescrever Penicilina Benzatina 7.200.00UI em três séries de 2.400.00UI com intervalo de 7 dias. Testar e tratar o parceiro. Encaminhar gestante ao CMM-NOTIFICAR!
Diabetes Gestacional/ Hiperglicemia Entre 100 e 125 mg/dl	Repetir exame, orientação dietética
Glicemia acima de 126 mg/dl	Repetir exame, na persistência encaminhar ao CMM
Cistite Aguda	Cefalexina 500 mg ou Nitrofurantoína 100 mg de 6/6h por 7 dias
Bacteriúria assintomática	Cefalexina 500 mg ou Nitrofurantoína 100 mg de 6/6/h por 3 dias
Recorrência bacteriúria assintomática	Cefalexina 500 mg ou Nitrofurantoína 100 mg de 6/6h de 7 à 10 dias
Teste rápido HIV POSITIVO	Encaminhar ao CTA com laudo do exame
HBsAg POSITIVO	Encaminhar ao CMM
Toxoplasmose IgG e IgM (-)	Rotina de Pré Natal
Toxoplasmose IgG (-) IgM (+)	Repetir Exame e encaminhar ao CMM
Toxoplasmose IgG (+) IgM (-)	Rotina de Pré - Natal
Toxoplasmose IgG(+) IgM (+)	Solicitar Teste de Avidéz para IgG
Toxoplasmose Baixa Avidéz	Encaminhar ao CMM
Toxoplasmose Alta Avidéz	Imune – Rotina de Pré Natal
Alterações Celulares ao Exame Preventivo (ASCUS, ASC-H, Glandulares, NIC)	Após o parto repetir o exame e encaminhar ao CMM
Restrição de Crescimento Fetal	Encaminhar ao CMM

Hipertensão Arterial	Metildopa 250 mg de 12/12h + encaminhar ao CMM
Hiperêmese Gravídica/ Vômitos	Metoclopramida 10 mg de 08/08 hs
Pirose – Azia	Hidróxido de Alumínio, 10ml, VO.
Cefaléia – Dor de Cabeça	Paracetamol, 500mg, VO, 6/6h.
Cólicas	Hioscina, 1cp, VO, até 3 x ao dia
Herpes	Aciclovir 400 mg de 08/08 hs, VO, 07 A 10 dias.
Cancro Mole	Estearato de Eritroicina , 500 mg 06/06 hs, durante 07 dias
Candidíases	miconazol ou nistatina tópico, ao deitar por 07 dias
Tricomoniase/ vaginose	Metronidazol 2g dose única ou 500 mg de 12/12 hs, 07 dias, após 12 semanas + Metronidazol gel via vaginal ao deitar
Gonococos e/ouClamydia	Amoxicilina 500 mg, de 08/08 h, ou eritromicina estearato de 06/06 hs, por 07 dias.
Condiloma Acumulado	Encaminhar ao CMM
BCF não audível	Solicitar ecografia URGENTE, fazer contato telefônico com CMM
BCF <120 ou >160 bpm ou ritmo irregular	Encaminhar ao Hospital de Referência
Sangramento discreto e eventualmente dor	solicitar ultrassom; indicar repouso no leito; antiespasmódicos SN e progestagenos via vaginal
Sangramento abundante em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical	ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA E NÃO AO CMM
Sangramento discreto vermelho escuro	Ecografia Repouso absoluto até interrupção do sangramento
Sangramento vermelho vivo, de quantidade variável, proveniente da cavidade uterina	Encaminhar com URGÊNCIA PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA
Parasitoses	Tratar a gestante somente quando extremamente necessário – Tratar no puerpério

APÊNDICE B

**RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS À SEREM PRESCRITOS PELOS
PROFISSIONAIS ENFERMEIROS DENTRO DO PROTOCOLO DE PRÉ NATAL DE
BAIXO RISCO SMS/PG**

SITUAÇÃO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
1º consulta pré-natal para profilaxia de anemia gestacional	Sulfato Ferroso Ácido Fólico	1 cp de 40 mg, 1x ao dia 1 cp de 400 mcg, 1x ao dia
Náuseas, vômitos persistentes após medidas não medicamentosas (dieta fracionada, reidratação oral, cabeceira elevada)	Metoclopramida (após 1º prescrição médica)	1 cp de 10 mg, V.O., de 8/8 horas
Pirose- azia persistente após implementação de medidas não medicamentosas	Hidróxido de Alumínio	10 ml, V.O. de 6/6 horas
Cólicas, dores abdominais, após certificação de que não são contrações uterinas e implementação de medidas não medicamentosas	Hioscina	1 cp de 10mg, V.O., 12/12 horas
Cefaléia – dor de cabeça, após afastar possibilidade de hipertensão e pré-eclâmpsia e implementação de medidas não medicamentosas	Paracetamol	1 cp de 500mg, V.O., de 6/6 horas
Candidíase quando confirmada através de exame ginecológico especular ou exame de secreção vaginal ou exame preventivo	Miconazol ou Nistatina tópico	1 aplicador via vaginal ao deitar, durante 7 noites

REFERÊNCIAS:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Brasília, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em 16 abr 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanificada-manual técnico, 2005.
- Gestação de Alto Risco, Manual Técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª Edição . 2012. Brasília. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco - Brasília - DF 2012.
- Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2015.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde. Assistência ao Pré-Natal, Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher, 2008.

“Saúde para todos, construída coletivamente!”

O cumprimento do protocolo é a forma mais segura do pré-natalista garantir um bom atendimento à gestante