

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ERIKA CONCEIÇÃO SOARES

**PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NO PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL PARA O MUNICÍPIO DE JUATUBA**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2014
ERIKA CONCEIÇÃO SOARES

**PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NO PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL PARA O MUNICÍPIO DE JUATUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ma. Ana Angélica Lima Dias

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ERIKA CONCEIÇÃO SOARES

**PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NO PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL PARA O MUNICÍPIO DE JUATUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ma. Ana Angélica Lima Dias

Banca examinadora:

Profa. Ana Angélica Lima Dias (Orientadora)

Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim (Examinadora)

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos que participaram ativamente do meu processo de formação.

Aos profissionais da atenção básica espero que o presente estudo possa auxiliar no atendimento às nossas gestantes.

Às gestantes espero que nossos profissionais possam atender vocês com humanização e competência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele,

Aos meus pais, Lourdes e Antônio, minha irmã Ellem que sempre me apoiam e fazem parte desta caminhada - amo vocês.

Minha filha Ana Paula presente de Deus, nasceu neste período, pedaço de mim.

Meus professores, todos os funcionários da Nescon em especial minha eterna professora Matilde, minha tutora Ana Angélica e minha tutora Ana Paula (as Anas da minha vida) e professora Lucimari o início de tudo.

Minha amiga mais que especial Maria Inêz.

E o que dizer a você Paulo?

Obrigado pela paciência, pelo incentivo, por ser meu parceiro de caminhadas, pelo carinho e amor, valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias...

Valeu a pena esperar... Esta vitória é muito mais sua do que minha!!! Te Amo!.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AME	Aleitamento materno exclusivo
BCF	Batimentos cardíaco fetal
CIUR	Crescimento intrauterino retardado
DIU	Dispositivo intrauterino
DPP	Data provável do parto
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
DT	Dupla tipo adulto
DUM	Data da última menstruação
ESF	Estratégias de Saúde da Família
HCG	Gonadrofina coriônica humana
HCS	Somatrofina coriônica humana
HPL	Lactogênio Placentário humano
IG	Idade gestacional
IMC	Índice de massa corporal
ITU	Infecção do trato urinário
LAM	Método da amenorréia na lactação
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
P50	Percentil 50
PA	Pressão arterial
PEP	Programa de Educação Permanente
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PPI	Programa de pactuação integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SRS	Superintendência Regional de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste de gravidez
TT	Toxóide tetânico
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Corpo da mulher no início da gravidez	17
FIGURA 2	Alterações no corpo da mulher em gravidez adiantada.....	17
FIGURA 3	Manobra de Leopold - tempo 1	18
FIGURA 4	Manobra de Leopold - tempo 2	18
FIGURA 5	Manobra de Leopold - tempo 3	19
FIGURA 6	Manobra de Leopold - tempo 4	19
FIGURA 7	Distribuição das equipes por região	40
FIGURA 8	Fluxograma para atendimento precoce	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	População atendida pelas equipes do PSF e número de famílias do município de Juatuba	41
TABELA 2	Cadastro de pacientes priorizados no município de Juatuba.....	42
TABELA 3	Atendimentos realizados pelas equipes do PSF no município de Juatuba	42
TABELA 4	Gestantes acompanhadas no 1º e 2º trimestre	45

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento do município de Juatuba/MG, 2012	44
QUADRO 2	Exames laboratoriais de rotina	58
QUADRO 3	Palestras e ministrantes do curso para gestantes	61
QUADRO 4	Relação de exames complementares	64
QUADRO 5	Esquema de vacinação antitetânica na gestação	65

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	A gravidez.....	16
2.2	Orientações para as queixas mais frequentes entre as gestantes.....	19
2.3	Fatores de risco na gravidez.....	24
2.4	Os direitos da gestante	25
2.5	Os direitos dos bebês	26
2.6	Responsabilidades dos gestores da saúde	27
2.7	Gravidez de risco	27
2.8	Consulta de risco habitual.....	28
2.8.1	Roteiro para a primeira consulta	28
2.8.2	Ações complementares	30
2.8.3	Roteiro para consultas subsequentes.....	30
2.9	Doenças obstétricas	31
2.10	Avaliação nutricional	32
2.11	Pós-parto (puerpério).....	33
2.12	Cuidados com o recém-nascido.....	33
2.13	Ações do quinto dia	34
2.14	Aleitamento materno.....	34
2.15	Uso de método anticoncepcional durante aleitamento	36
3	OBJETIVOS.....	38
3.1	Objetivo geral.....	38
3.2	Objetivos específicos	38
4	METODOLOGIA	39
4.1	Delineamento do estudo	39
4.2	Apresentação do município	39
4.2.1	Mapeamento municipal.....	40

4.2.2	População atendida	41
4.2.3	Composição da equipe	42
5	DESENVOLVIMENTO	44
5.1	Diagnóstico situacional	44
5.2	Proposta de adequação do protocolo de atendimento no pré-natal de risco habitual para o município de Juatuba	46
5.2.1	Identificação do público alvo	46
5.2.2	Acolhimento	46
5.2.3	Operacionalização	47
5.2.3.1	Profissionais envolvidos e atribuições	47
5.2.3.2	Avaliação clínico-obstétrica	52
5.2.3.2.1	Primeira consulta	52
5.2.4	Avaliação dos fatores de risco	54
5.2.5	Roteiro das consultas subsequentes	59
5.2.6	Ações complementares	59
5.2.7	Referência para maternidade	60
5.2.8	Unidades de saúde do município de Juatuba	60
5.2.9	Agendamento de cesariana eletiva	60
5.2.10	Curso para gestante: roteiro	61
5.2.11	Encaminhamentos para o pré-natal de cuidados especiais	62
5.2.12	Exames complementares	63
5.2.13	Esquema de vacinação antitetânica na gestação	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXO A – Cartão da gestante	73
	ANEXO B – Ficha perinatal	75
	ANEXO C - SISPRENATAL	77

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde materna e infantil, no Brasil, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, principalmente com os cuidados durante a gestação (XIMENES NETO et al., 2008). O pré-natal é o período em que um conjunto de ações é dedicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas, em que as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que possam realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas. O principal objetivo do Ministério da Saúde na atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o princípio da gravidez, pois é um período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias (XIMENES NETO et al., 2008).

O governo federal para melhorar a atenção à saúde da mulher gestante lançou a Rede Cegonha que é um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo debatido e estabelecido no país com base na experiência de profissionais envolvidos na saúde da mulher. O programa garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, permitindo-lhes vivenciar uma experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2012).

No estado de Minas Gerais foi lançado o Projeto Mães de Minas que objetiva cuidar da vida dos mineiros, por meio de um conjunto de ações de saúde voltadas para a proteção e o cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida. O Governo de Minas objetiva, com esse programa, estabelecer um contato individual com cada gestante, mobilizando todos os recursos necessários para o acompanhamento do pré-natal e também do primeiro ano de vida da criança, para identificar e sanar situações de risco (MINAS GERAIS, 2013).

Dentro desta proposta o estado estipula que toda gestante deve ser cadastrada no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) em que são estabelecidos alguns critérios para que o município receba o incentivo. Este programa tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas

de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. O cadastro tem que ser até 120 dias de gestação, a gestante deve comparecer a sete ou mais consultas de pré-natal, os intervalos das consultas têm que ser de 15/15 dias, puerpério até 40 dias. A proposta mãe de Minas vem ao encontro das exigências do Pacto para Saúde, o qual exige que os gestores proporcionem acompanhamento fidedigno. Das gestantes, por ser uma das metas estabelecidas pelo estado para recebimento de incentivo.

Dentre os índices que preocupam o governo, a razão de morte materna é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, a desorganização e a qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência de saúde prestada, oportuna e adequada, pode evitar a maioria dessas mortes (TANAKA, 2001).

A morte materna é um evento trágico, tanto para a família como para a sociedade, pois se contrapõe ao nascimento da criança que enseja uma situação festiva e alegre (BRASIL, 2002).

A criação dos Comitês de Morte Materna, organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência, representam um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2002).

Em 2000 foi proposto o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. O PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a puerperal (BRASIL, 2002).

Um serviço de pré-natal bem estruturado deve ser capaz de captar precocemente a gestante na comunidade em que se insere, além de motivá-la a manter o seu acompanhamento regular, constante, para que bons resultados possam ser alcançados (VASQUES, 2006).

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87 (COFEN, 1987). Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência à parturiente, puérpera e realizar educação em saúde, sendo respaldado pela lei 7.498/86 (ARAUJO et al., 2010). É recomendado assistir a mulher grávida o mais precocemente possível, para que se possa avaliar a condição materna e fetal, prevenindo ou atenuando possíveis complicações (ARAUJO et al., 2010).

Devido à grande extensão territorial do Brasil existem lugares de difícil acesso que prejudicam tanto a chegada de profissionais de saúde, como também gera dificuldades para as mulheres se dirigirem até um serviço de saúde. Diante disto são necessárias políticas públicas de saúde levem a assistência pré-natal para todas as regiões, pois dentre todas as suas atribuições, o pré-natal pode também reduzir a mortalidade materna e neonatal, desde que se tenha um acompanhamento precoce e eficaz (ARAUJO et al., 2010).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família (BRASIL, 2000).

O estímulo às mulheres para fazer o pré-natal tem obtido boas respostas, pois elas acreditam que terão benefícios quando buscam os serviços de saúde, depositando confiança e entregando seus corpos a pessoas legalmente autorizadas para cuidarem delas (BRASIL, 2000).

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o princípio de sua gravidez, período que ocorrem mudanças físicas e emocionais e que cada gestante vivencia de forma diferente. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. A qualidade da atenção pré-natal deve valorizar

desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas. Com relação ao acompanhamento da gestante, deve-se ter como objetivos (BRASIL, 2012):

- a. captar gestantes não inscritas no pré-natal;
- b. reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- c. acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- d. completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
- e. reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

Uma assistência pré-natal efetiva deve garantir discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias. Deve também ocorrer a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de as mulheres realizarem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção (BRASIL, 2012).

De acordo com Werneck et al. (2009), é fundamental executar tarefas de acordo com os protocolos estabelecidos, pois proporcionam aos profissionais prestar um serviço de qualidade. Os protocolos devem ser elaborados a partir de consensos, normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, aplicando às realidades locais para se conseguir resultados positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe com a utilização de seu protocolo.

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências

diretrizes que fortaleçam os princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer a prática, que lhe deem direcionalidade e garantam a continuidade das ações (WERNECK et al., 2009, p.41).

No Brasil, os profissionais de saúde (médico generalista, enfermeiro e ginecologista) realizam o pré-natal com maior frequência nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Esta estratégia possui uma equipe multiprofissional, e, dentre estes profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam a busca ativa das gestantes para que estas venham a iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez (GONÇALVES et al., 2008; PARADA, 2008, p.119).

Segundo Ximenes Neto et al. (2008), a assistência pré-natal tem como objetivo prevenir, identificar ou corrigir as intercorrências maternas fetais, e também instruir à gestante quanto a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, cobrindo toda a população de gestantes, assegurando o acompanhamento e a continuidade do atendimento.

Percebe-se, atualmente, dificuldades de captação da gestante no primeiro trimestre e os motivos são variados: busca ativa deficitária, migração de gestante para outros municípios, tabu quanto à gestação de mães solteiras, gestação na infância e adolescência. Sendo tal situação não é diferente no município de Juatuba. Estes motivos dificultam uma assistência eficiente à gestante pois é no primeiro trimestre os meses mais cautelosos, uma vez que é neste período que a mulher apresenta os sinais e sintomas que devem ter mais relevância.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A gravidez

As alterações fisiológicas iniciam-se na primeira semana e vão até o final da gravidez, quando, após o parto, começa o processo de regressão, retorno às condições anteriores. As modificações emocionais e psicológicas da mulher durante a gravidez são intensas e podem variar conforme alguns fatores: planejamento anterior da gravidez, relações familiares, quantidade de filhos, entre outros (SCHIRMER et al., 2000).

Quanto ao útero, aumenta consideravelmente de tamanho, empurrando os intestinos e outros órgãos. A altura uterina deve ser mensurada a cada visita pré-natal, para avaliar o crescimento fetal. O aumento do útero altera o eixo de equilíbrio da mulher, gerando problemas como lordose e lombalgias. O útero cresce 4 cm a cada mês de gestação (SCHIRMER et al., 2000).

Na vagina, vulva e períneo se percebe um aumento significativo da vascularização, podendo causar varizes vulvares, edema e aumento da secreção vaginal. As mamas aumentam, e a vascularização torna-se intensa, as aréolas tornam-se mais pigmentadas e maiores (SCHIRMER et al., 2000).

O sistema cardiovascular aumenta até 1,5 litros durante a gravidez, a pressão arterial tende a diminuir durante esse período o que pode mascarar a hipertensão leve. O aumento geral do fluxo sanguíneo pode ser responsável por diversas alterações: aumento da temperatura cutânea, ocasionando sensação de calor, cabelos e unhas crescem ativamente (levando à grande perda de cabelos envelhecidos no puerpério) tendência a sangramentos nasais e gengivais, varizes, edemas (PICON; SÁ, 2005).

Já o sistema respiratório torna-se mais diafragmático com evolução da gravidez, o que altera o padrão normal. No sistema urinário a paciente percebe uma poliúria e nictúria, pois o útero está pressionando a bexiga. O sistema gastrointestinal passa por indisposições tais como náuseas, vômitos, azia, a regurgitação ocasionadas pelo relaxamento do tônus muscular do tubo gastrointestinal e ao deslocamento do estômago. O relaxamento da mobilidade intestinal, a redução da

secreção gástrica é responsável pela constipação e pelo acúmulo de gases intestinais (LEOCADIO, 2007).

O sistema músculo esquelético e peso corporal tendem a ficar amolecidos, resultando em torções frequentes e lombalgias. O ganho de peso normal na gravidez é de 10 a 12,5 kg. A pele pode apresentar sensação de calor pelo aumento do fluxo sanguíneo. É comum um aumento de pigmentação em áreas já pigmentadas, comumente aparece o cloasma gravídico também conhecido como “máscara da gravidez” pigmentação acentuada no rosto. As glândulas sebáceas e sudoríparas também aumentam na gravidez (LEOCADIO, 2007) (FIG. 1, 2).



FIGURA 1 - Corpo da mulher no início da gravidez

Fonte: <http://www.semanaasemana.com.br/gravidez/semana5.htm>



FIGURA 2 - Alterações no corpo da mulher em gravidez adiantada

Fonte: <http://www.semanaasemana.com.br/gravidez/semana5.htm>

Na gravidez, alguns hormônios são produzidos, para funções específicas como HCG, HCS E HPL. O HCG (gonadrofina coriônica humana), produzido pelo tecido trofoblático, estimula o corpo lúteo a produzir progesterona enquanto a placenta não se desenvolve. O HCS (somatrofina coriônica humana) e HPL (lactogênio Placentário humano), responsável pelo metabolismo de hidratos de carbono, gorduras e proteínas, tornam a glicose disponível para as necessidades energéticas do feto. Os hormônios produzidos normalmente têm sua atividade

aumentada nesses períodos como a progesterona, estrogênio, prostaglandina, prolactina (FISCHER, 2003).

Os batimentos cardíofetais (BCF) têm a finalidade de constatar o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 bpm. Já avaliação de edemas durante o período gestacional é detectar a ocorrência de edemas patológicos. A avaliação da pressão arterial tem a finalidade de detectar precocemente estados hipertensivos que constituem risco materno e perinatal (SÃO PAULO, 2010).

A avaliação da rotina na gravidez acontece com a mensuração da altura uterina com finalidade de identificar o crescimento normal do feto, detectar os desvios de crescimento fetal e suas causas. As manobras de Leopold têm a finalidade de identificar a situação e a apresentação fetal por meio da palpação obstétrica procurando localizar os polos cefálicos e pélvicos e o dorso fetal. Os instrumentos utilizados para realização da manobra de Leopold são as mãos que deverão estar aquecidas relaxadas e sensíveis ao tocar o abdome da gestante (MISODOR, 2013) (FIG. 3, 4, 5, 6).



FIGURA 3 - Manobra de Leopold - tempo 1
Delimita-se o fundo do útero e observa a posição do polo fetal.



FIGURA 4 - Manobra de Leopold - tempo 2
Visa determinar a posição fetal. Deslizam-se as mãos do fundo em direção do polo inferior. Tente localizar aonde está o lado posterior do feto, para poder descrever a posição do feto na cavidade.

Fonte: Misodor (2013)



FIGURA 5 - Manobra de Leopold - tempo 3
Avalia se qual pólo fetal fica na estreita inferior – isto e, avalia se a apresentação e cefálica ou pélvica.



FIGURA 6 - Manobra de Leopold - tempo 4
Esta completando o tempo 3, explorando que tipo de reperto tem o feto com a estreita superior, e se a apresentação esta em cima ou em baixo da sínfise.

Fonte: Misodor (2013)

2.2 Orientações para as queixas mais frequentes entre as gestantes

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

Náuseas, vômitos e tonturas são comuns e frequentes no início da gravidez, mas não interferem no estado nutricional materno, exceto em mulheres que já apresentavam déficit nutricional na pré-gestação. Para essas queixas recomenda-se

- a. ingerir alimentos secos, a base de carboidratos, como torradas e pães pela manhã;
- b. evitar líquidos junto das refeições;
- c. realizar refeições mais fracionadas e com menor volume;
- d. evitar alimentos condimentados;
- e. aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água, em caso de vômitos;
- f. a última refeição do dia deve ser feita pelo menos duas horas antes de dormir (MINAS GERAIS, 2006, p.47).

Para os relatos de pirose / azia orientar a gestante para:

- a. dieta fracionada, evitando frituras, ingerir muito leite frio;
- b. evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo;

- c. ocasionalmente, pode-se fazer uso de antiácidos;
- d. sintoma comum no início da gestação (MINAS GERAIS, 2006, p.47).

Havendo fraquezas e desmaios orientar a gestante para evitar mudanças bruscas de posição e a inatividade; aconselhar dieta fracionada sugerindo café ou chá com açúcar como estimulante, desde que não contraindicado; assentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente. Tais manobras melhoram a sensação de fraqueza ou desmaio (MINAS GERAIS, 2006).

Em casos de dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal, deve-se certificar 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. Em casos de persistência prescrever, eventualmente: gases: dimeticona; obstipação: supositórios de glicerina; cólicas: hioscina, uma cápsula, via oral, até duas vezes ao dia; solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário (BRASIL, 2012).

Para casos de hemorroidas, recomendar à gestante fazer dieta para evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositório de glicerina. Informar que não deve usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer a higiene perianal com água e sabão neutro após defecação. Fazer banhos de vapor ou compressas mornas e agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente (BRASIL, 2012).

O corrimento vaginal apresenta um aumento do fluxo comum na gestação. Recomendar à gestante o uso de creme vaginal somente com diagnóstico confirmado de infecção vaginal e agendar consulta médica se ocorrer fluxo amarelado, esverdeado ou com odor fétido e caso haja prurido (BRASIL, 2012).

Com relação às queixas urinárias informar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gestação, devido ao crescimento do útero e à

compressão da bexiga. Exame de urina deverá ser feito em caso de dor ao urinar, hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre (BRASIL, 2012).

Falta de ar e dificuldade para respirar são sintomas frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. Ocorrendo estes sintomas recomendar repouso em decúbito lateral; ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias e ficar atento a outros sintomas associados e achados no exame cardiopulmonar (BRASIL, 2012).

Para relatos de dor nas mamas recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas. Para dor lombar – dores nas costas corrigir postura ao sentar-se e ao andar; usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; aplicação de calor local; eventualmente, usar analgésico por tempo limitado (BRASIL, 2012).

Para queixa de cefaleia – dor de cabeça deve-se afastar a hipótese de hipertensão e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação) e conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores (BRASIL, 2012).

Havendo sangramento gengival recomendar uso de escovas macias e massagem nas gengivas e agendar atendimento odontológico.

Nos casos de varizes, recomendar não permanecer muito tempo de pé ou sentada; repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas; não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas e se possível utilizar meia-calça elástica para gestante.

O cloasma gravídico é comum na gravidez, deve-se evitar exposição direta ao sol e fazer uso de fotoprotetores.

As estrias são resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção. No início, são arroxeadas e, com o passar do tempo tomam a cor da pele. Pode-se fazer massagens com substância oleosas, porém os resultados são incertos (BRASIL, 2012).

A vacinação antitetânica é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (DT) ou, na falta desta, com toxóide tetânico (TT) (MINAS GERAIS, 2006).

A hepatite B é uma doença que se deve dar uma atenção especial durante a gestação; é causada pelo vírus VHB e pode ser assintomática ou sintomática. Os sintomas mais frequentes são: mal-estar, cefaleia, febre baixa, icterícia, anorexia, astenia, fadiga, artralgia, náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito. A prevalência é de 5 a 10% dos adultos infectados e de 70 a 90% dos recém-nascidos filhos de mãe portadora do VHB que desenvolvem a forma crônica da doença e provavelmente apresentarão complicações, como cirrose e carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2006).

O vírus da hepatite B (VHB) é extremamente infectante e facilmente transmitido por via sexual sem proteção, transfusões de sangue, contato com sangue contaminado e pela transmissão vertical (mãe-filho). A medida mais segura para sua prevenção é a vacinação. No Brasil a vacina é indicada para toda a população menor de 20 anos e para pessoas de grupos populacionais com maior vulnerabilidade para a doença. O esquema básico de vacinação é de três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose. Para se prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomenda-se a triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB – que deve ser realizada na 30ª semana de gestação (BRASIL, 2006).

A gestante com HBsAg positivo deve ser encaminhada, após o parto, para avaliação em serviço de referência. Para a prevenção da transmissão vertical do VHB, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido, deve-lhe ser administrada a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a imunização ativa (vacina). A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com um e seis meses. É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs – anticorpo contra o HBsAg – na criança até um ano de idade. O anti-HBs aparece de um a três meses após a vacinação contra a hepatite B, ou após a recuperação de uma infecção aguda. A garantia da primeira dose da vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido é meta estabelecida pelo governo federal e os gestores municipais devem estar atentos juntamente com a equipe de saúde. Durante a amamentação, apesar de o vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do VHB está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e

da imunoglobulina humana anti-hepatite B. A amamentação só deve ser suspensa se a mulher apresentar fissuras no mamilo (BRASIL, 2006)

Com relação à gripe suína causada pelo vírus Influenza H1N1 muita atenção deve ser dada às gestantes, crianças e idoso que são considerados grupos de risco e esta atenção fica mais evidente durante a 30^o semana de gestação que é quando acontece a divisão celular e fetal. É importante manter as gestantes saudáveis separadas das pessoas sintomáticas, evitar situações de exposição como aglomerações, viagens, utilização de transportes públicos, dentre outros. Os sinais e sintomas da infecção pelo vírus influenza nas grávidas e puérperas são semelhantes aos apresentados pelos pacientes adultos em geral: febre acompanhada de tosse ou dor de garganta, entretanto, frente às modificações da resposta imune próprias da gestação, assim como as alterações da mecânica respiratória decorrentes do aumento da pressão intra-abdominal no último trimestre de gestação, as mulheres grávidas são consideradas como grupo de risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas à influenza (PASTORE et al., 2011).

O paciente é considerado com doença respiratória aguda grave por influenza A (H1N1) ou outro vírus influenza, quando o exame é confirmado por laboratório. É considerado um caso suspeito quando não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e a pessoa tenha tido contato próximo com caso laboratorialmente confirmado (SÃO PAULO, 2009).

As gestantes e puérperas devem ser priorizadas no fluxo de atendimento; é importante que os serviços de saúde mantenham atendimento prioritário a gestantes e puérperas sintomáticas respiratórias. A equipe e a gestante ou puérpera com síndrome gripal ou doença respiratória aguda grave (DRAG) devem fazer uso de máscara cirúrgica durante o atendimento. Ao apresentar um dos seguintes sinais: confusão mental, aumento da frequência respiratória (> 25 mpm), hipotensão em relação à pressão arterial habitual da paciente (PA diastólica <60 mmHg ou PA sistólica <90 mmHg), desidratação, vômitos e/ou diarreia intensos, presença de comorbidades, leucograma ou RX de tórax alterados, as gestantes devem ser imediatamente encaminhadas a um hospital. As gestantes e puérperas com síndrome gripal, mesmo não permanecendo internadas, devem receber medicação específica – Oseltamivir independente da idade gestacional. Devem guardar

isolamento domiciliar durante sete dias a partir do início dos sintomas (SÃO PAULO, 2009).

Quanto ao RN, devido à prematuridade da resposta imune anti-infecciosa própria dos recém-nascidos, certamente apresentam alta probabilidade de infecção entre as gestantes infectadas com influenza A/H1N1. O risco de transmissão vertical ainda é desconhecido, mas deve-se considerar o RN potencialmente infectado se o início de sintomas da mãe ocorrer dois dias antes até sete dias após o parto. O leite materno não é considerado fonte de infecção de vírus Influenza para o bebê. Ao contrário, tem o papel de prevenir as infecções respiratórias da infância, portanto, a amamentação deve ser estimulada. A mãe deve utilizar máscara cirúrgica, durante a amamentação e nos cuidados com o bebê, até sete dias após o início da febre ou até 24 horas após o término dos sintomas e realizar a higienização rigorosa das mãos, antes de cada amamentação. Deve-se afastar o RN do contato direto com a mãe que apresente síndrome gripal, até que inicie o uso do antiviral (Oseltamivir) por 48 horas ou mais, cessação da febre e controle da tosse e secreções respiratórias. Se os sintomas impedirem a mãe de amamentar esta deve coletar o leite e uma terceira pessoa assintomática deve fornecê-lo ao lactente (SÃO PAULO, 2009).

Informar à gestante sobre os sinais de parto: endurecimento da barriga (contração), duas a três vezes em 10 minutos; perda de líquidos pela vagina. Estes sinais sugerem que a gestante está em trabalho de parto, portanto deve ser examinadas na maternidade (MINAS GERAIS, s.d.).

2.3 Fatores de risco na gravidez

Para programar as atividades do controle pré-natal às gestantes, é necessário identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta, permitindo assim a orientação e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. A avaliação de risco não é tarefa fácil, pois o conceito de risco está associado a probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido (BRASIL, 2012). Segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, a realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para efeito do

entendimento dos fatores de risco na gravidez. O referido manual elenca alguns fatores que devem ser observados.

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:
 - Idade maior que 35 anos;
 - Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos;
 - Altura menor que 1,45m;
 - Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
 - Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
 - Situação conjugal insegura;
 - Conflitos familiares;
 - Baixa escolaridade;
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
 - Hábitos de vida – fumo e álcool;
 - Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias (BRASIL, 2012, p.12, 13).

2.4 Os direitos da gestante

O Guia da gestante e do bebê descreve que, por meio das políticas públicas, os seguintes direitos são assegurados à gestante:

- ✓ o direito à saúde na gravidez com a realização de um pré-natal, um parto e um pós-parto de qualidade;

- ✓ os direitos trabalhistas, direitos que regulamentam o vínculo de trabalho da gestante com o patrão ou com a empresa em que está empregada, garantindo a manutenção do emprego;
- ✓ os direitos sociais: atendimento em caixas especiais (em lojas, farmácias e supermercados, por exemplo), prioridade na fila de bancos, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial (UNICEF, 2011, p.9).

As grávidas têm direito também ao Cartão da Gestante, onde são registradas todas as informações sobre o estado de saúde da mãe, o desenvolvimento da gestação e os resultados dos exames. A gestante deverá levar o Cartão da Gestante a todas as consultas, verificar se ele está sendo preenchido corretamente e apresentá-lo aos profissionais de saúde na hora do parto (UNICEF, 2011).

2.5 Os direitos dos bebês

Assim como as gestantes, também o recém-nascido tem seus direitos assegurados, conforme elencado pela UNICEF (2011, p.12):

- ✓ ser registrado gratuitamente;
- ✓ receber a Caderneta de Saúde da Criança;
- ✓ realizar gratuitamente o teste do pezinho (o ideal é que seja feito entre o terceiro e o sétimo dia de vida);
- ✓ realizar gratuitamente o teste da orelhinha;
- ✓ ter acesso a serviços de saúde de qualidade;
- ✓ receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação;
- ✓ mamar exclusivamente no peito durante os primeiros 6 meses de vida;
- ✓ ser acompanhado pela família e pelos profissionais de saúde em seu crescimento e desenvolvimento;
- ✓ ser acompanhado pelos pais durante a internação em hospitais;
- ✓ ter uma família e convivência com a comunidade;
- ✓ viver num lugar limpo, ensolarado e arejado;
- ✓ viver em ambiente afetuoso e sem violência (UNICEF, 2011, p.12).

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que deve ser exigido assim que a criança nascer, pois fornece orientações, permite o registro das informações e promove o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde (UNICEF, 2011).

2.6 Responsabilidades dos gestores da saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) definiu claramente as responsabilidades dos gestores da saúde, tanto no âmbito federal como nos estados e municípios, de modo a garantir os direitos de gestantes e bebês. Para tal, foi firmado o Pacto pela Saúde entre os gestores do SUS, em 2006, abrangendo três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). A redução da mortalidade infantil e materna é um dos objetivos prioritários do Pacto pela Saúde e uma de suas metas é estabelecer que o acompanhamento pré-natal de qualidade deve ser oferecido a todas as gestantes no próprio município onde vivem (UNICEF, 2011). O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil é outro importante compromisso do governo federal, indicando algumas ações fundamentais:

- ✓ ampliar a cobertura e qualificar as equipes de Saúde da Família;
- ✓ vincular todas as gestantes ao local onde será realizado o parto, com garantia de “vaga sempre” para as gestantes e para os recém-nascidos;
- ✓ ampliar o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários;
- ✓ ampliar o número de Bancos de Leite Humano;
- ✓ melhorar a qualidade das unidades de emergência neonatal e obstétrica (incluindo o funcionamento do SAMU);
- ✓ garantir medicamentos que podem salvar a vida de mães e recém-nascidos;
- ✓ implantar a classificação de risco para gestantes e puérperas em todos os serviços de saúde;
- ✓ - qualificar o atendimento ao parto e nascimento nas maternidades;
- ✓ capacitar os profissionais das maternidades no Método Canguru;
- ✓ aprimorar os sistemas de informação sobre mortalidade de crianças e a respeito dos bebês que nascem vivos;
- ✓ constituir fóruns perinatais com a participação da sociedade civil para a discussão de temas relacionados à saúde materna e infantil;
- ✓ garantir, quando necessário, o transporte seguro para centros com melhores condições;
- ✓ ampliar o número de Hospitais Amigos da Criança;
- ✓ ampliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (UNICEF, 2011, p.14).

2.7 Gravidez de risco

É considerada gravidez de risco quando a gestante apresenta histórico de doença anterior como diabetes, problemas nos rins ou no coração, doenças na gestação em andamento ou problemas em gestações anteriores (recém-nascido de baixo peso, feto morto; parto prematuro, abortamento habitual, hemorragia ou

pressão alta). Fatores individuais e socioeconômicos também podem contribuir para a gravidez de risco, como, por exemplo, consumo de drogas lícitas ou ilícitas, violência doméstica, idade ou estado nutricional da gestante também são fatores de risco, especialmente para a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2001; UNICEF, 2011).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012, p.11, grifo do autor).

2.8 Consulta de risco habitual

Para o pré-natal de risco habitual, preconizam-se, no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

2.8.1 Roteiro para a primeira consulta

A primeira consulta de pré-natal deve incluir uma anamnese bem feita, abordando aspectos epidemiológicos, bem como antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser concisa, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2005).

- a. **História clínica:** identificação: idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual; gestação atual; data da última menstruação (DUM: dia, mês e ano); data provável do parto (DPP); sinais e sintomas da gestação em cursos;

hábitos atuais (fumo, álcool e drogas ilícitas); medicamentos usados durante a gestação; ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse).

- b. **Antecedentes obstétricos:** número de gestações (identificar e registrar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme); número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações); número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento); número de filhos vivos; idade da primeira gestação; intervalo entre as gestações; número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana) ou pós-termo (igual ou mais de 42 semanas) de gestação; número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000g; mortes neonatais precoces – até sete dias de vida (número e motivos de óbitos); natimortos (morte intraútero e idade gestacional em que ocorreu); identificar e especificar se houve intercorrência ou complicações nos puerpérios anteriores; registrar o intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.
- c. **Antecedentes ginecológicos:** métodos anticoncepcionais (quais, quanto tempo, motivo do abandono); pesquisa se houver tratamento para infertilidade e esterilidade; pesquisa doenças sexualmente transmissíveis (DST), teste realizados, inclusive puerpério; identificar se realizou cirurgias ginecológicas (idade e motivo); identificar patologias mamárias (quais e tratamento); pesquisar a última citologia oncótica (papanicolaou) – data e resultado.
- d. **História pregressa pessoal:** pesquisa doenças crônicas e agudas passadas.
- e. **Antecedentes familiares:** pesquisa doenças como hipertensão arterial, diabetes e outras.
- f. **Exame físico:** peso e estado nutricional; estatura; frequência cardíaca materna; temperatura axilar; pressão arterial (PA); inspeção da pele e mucosa; palpação da tireóide; ausculta cardiopulmonar; exame do abdome; palpação dos gânglios inguinais; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema – face, tronco e membros.
- g. **Exame gineco-obstétrico:** exame das mamas; medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardio fetais (BCF); inspeção dos genitais externos.

- h. **Exame especular:** inspeção das paredes vaginais; inspeção do conteúdo vaginal; inspeção do colo uterino; coleta de material para citologia oncótica, caso a última tenha sido há mais de um ano; teste de Schiller; toque vaginal; outros exames necessários.
- i. **Exames laboratoriais:** grupo sanguíneo e fator RH; Coombs indireto, se necessário; hemograma; glicemia jejum; VDRL; toxoplasmose; urina rotina; urocultura; colpocitologia oncótica; teste anti-HIV, após aconselhamento e consentimento da paciente; HBsAg (BRASIL, 2012).

2.8.2 Ações complementares

Durante o pré-natal algumas ações complementares devem ser direcionadas para profissionais específicos e as ações de rotina devem ser registradas nos formulários próprios. As ações complementares compreendem:

- a. referência para atendimento odontológico;
- b. referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- c. registro dos dados da consulta no cartão da gestante e no prontuário;
- d. registro da consulta na ficha de atendimento diário do SISPRENATAL;
- e. agendamento de consulta subsequentes (SCHIRMER et al., 2000).

2.8.3 Roteiro para consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- cálculo e anotação da idade gestacional;
- controle do calendário de vacinação;
- exame físico geral e gineco-obstétrico;
 - ✓ determinação do peso;
 - ✓ calcular o ganho de peso – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
 - ✓ inspeção da pele e das mucosas;
 - ✓ inspeção das mamas;
 - ✓ palpação obstétricas e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
 - ✓ ausculta dos batimentos cardíacos;
 - ✓ pesquisa de edema;

- ✓ toque vaginal, exame especular e outros, se necessário;
- interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessários;
- solicitar glicemia de jejum, VDRL e urina rotina na 30ª semana;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- registro dos dados da consulta no cartão da gestante e no prontuário;
- todas as consultas deverão ser registradas na ficha de atendimento diário do SISPRENATAL;
- agendamento de consultas subsequentes;

- quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida:
 - ✓ uso do calendário: contar o número de dias a partir do 1º dia da última menstruação até o dia da consulta e dividir por sete, obtendo-se o número de semanas da gestação;
 - ✓ uso do disco gestograma;

- quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:
 - ✓ se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como data da última menstruação, os 5, 15, e 25 respectivamente e proceder a utilização do método acima descrito;

- quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:
 - ✓ proceder ao exame físico, medindo a altura uterina e posicionando o valor encontrado na curva de crescimento uterino, considerando o P50 (percentil 50). O ponto encontrado corresponde à provável idade gestacional que deve ser considerada muito duvidosa e assinalada com interrogação na ficha Peri natal e cartão da gestante;
 - ✓ solicitação de ultrassom, caso não seja possível a determinação a partir do exame físico (MINAS GERAIS, 2006, p.8-9).

Deve também ser realizada a avaliação gestacional da gestante e o acompanhamento do crescimento fetal (BRASIL, 2012).

2.9 Doenças obstétricas

A gestante classificada como de baixo risco pode ser acometida por intercorrências que modificam o curso da evolução; com isso, a probabilidade de desfechos também se altera e pode indicar encaminhamentos para a referência:

- a. síndrome hipertensiva da gravidez;
- b. pré-eclâmpsia leve;
- c. pré-eclâmpsia grave;
- d. eclâmpsia;
- e. hellp síndrome;
- f. diabetes gestacional;
- g. infecção do trato urinário;

- h. toxoplasmose;
- i. HIV;
- j. sífilis (SÃO PAULO, 2010).

2.10 Avaliação nutricional

Em todas as consultas de pré-natal deve-se aferir o peso, com a gestante usando roupa leve e descalça. Na primeira consulta a estatura também deve ser medida. A gestante deve estar em pé descalça, com os calcanhares juntos, o mais próximo possível da haste vertical da balança, erguida, com os ombros para trás e olhando para frente. O ganho de peso da gestante será avaliado tomando como referência o gráfico de peso/idade gestacional que apresenta os limites máximos – P90 – P25 (percentil) para idade gestacional – para cada idade gestacional (MINAS GERAIS, 2006).

Para avaliação, recomenda-se:

- a. confirmar a idade gestacional;
- b. diminuir do peso atual da gestante o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa idade gestacional;
- c. registrar esse valor no gráfico de peso/idade gestacional;
- d. nas consultas subsequentes, interligar os pontos marcados, obtendo-se um traçado cuja inclinação pode auxiliar na avaliação nutricional da gestante;
- e. o ganho de peso considerado normal para uma determinada idade gestacional é aquele que estiver entre os percentis 25 e 90;
- f. a curva de ganho de peso também deverá ser avaliada;
- g. o traçado esperado deve ser ascendente, mas paralelo às linhas dos percentis do gráfico, o que significa que está ganhando peso adequadamente;
- h. uma curva com inclinação superior indicará um ganho de peso;
- i. uma curva horizontal ou descendente indicará um ganho insuficiente de peso;
- j. o aumento excessivo do peso materno predispõe a macrosomia fetal e o aumento insuficiente está associado ao crescimento intrauterino retardado (CIUR);

-
- k. deve-se suspeitar de desnutrição materna quando o aumento de peso for inferior a P25 e excesso de ingestão ou de retenção hídrica se o valor for maior que P90 (BRASIL, 2012).

2.11 Pós-parto (puerpério)

Ao receber alta da maternidade a gestante deve:

- a. procurar saber o resultado dos exames realizados durante a sua internação e receber as orientações para o período do puerpério (pós-parto);
- b. pegar o cartão da gestante e a caderneta da criança, que deverão ser preenchidos na maternidade com os dados do parto e do bebê, e a declaração de nascimento para o registro no cartório.

Esclarecer à gestante que:

- a. no período do puerpério pode haver sangramento que vai ficando mais claro, e dura até 30 dias (um mês);
- b. se tiver sangramento aumentado, dor no baixo ventre, febre, vermelhidão e calor no local da cicatriz do parto, deve retornar à maternidade para avaliação;
- c. se tiver dúvidas ou dificuldades com amamentação, procure a maternidade ou centro de saúde mais próximo;
- d. no quinto dia após o parto, levar o filho(a) ao centro de saúde para avaliação, vacinação e realização do teste do pezinho;
- e. neste dia, marque também sua revisão pós-parto e a consulta no serviço de planejamento familiar (MINAS GERAIS, s.d.).

2.12 Cuidados com o recém-nascido

Orientar à gestante sobre a contraindicação do uso de bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras, pois o uso desses acessórios só prejudica a amamentação os bebês que ao usarem mamadeiras logo largam o peito.

Qualquer medicamento só deverá ser administração com autorização médica, a mãe que está amamentando deve usar medicamentos devidamente orientada pelo médico ou profissional de saúde habilitado (MINAS GERAIS, s.d.).

2.13 Ações do quinto dia

O teste do pezinho consiste na retirada de gotas de sangue do calcanhar do bebê para exame no laboratório. Serve para descobrir, logo após o nascimento, algumas doenças que causam retardo mental e outras que podem trazer problemas graves por toda a vida tais como fenilcetonúria; hipotireoidismo congênito; anemia falciforme; fibrose cística; toxoplasmose (MINAS GERAIS, s.d.).

As vacinas contra tuberculose (BCG) e contra a hepatite B são indicadas a partir do nascimento e podem ser feitas também na maternidade ou no centro de saúde no quinto dia de vida do bebê. As duas doenças ainda são muito comuns no nosso meio (BRASIL, 2006).

A verificação de icterícia deve ser feita se o bebê apresentar uma forte coloração amarelada nos olhos e na pele, especialmente abaixo da cintura. Nestes casos deverá ser levado para avaliação no centro de saúde (BRASIL, 2006).

Na avaliação do puerpério é importante verificar na mãe:

- a. sinais de infecção – febre, dor e vermelhidão nos pontos; secreção vaginal com mau cheiro;
- b. sinais de anemia – palidez e tontura;
- c. anemia, hemorragia e infecção devem ser tratadas o mais rápido possível, para garantir a saúde da mulher.

Toda mulher deve tomar a vacina contra rubéola para ficar protegida. Esta doença, ocorrendo durante a gravidez, pode resultar em sérios problemas para o bebê, como surdez, catarata, retardo mental e outros (MINAS GERAIS, s.d.).

2.14 Aleitamento materno

Vários estudos sobre amamentação realizados no Brasil e em outros países oferecem contribuições fundamentais para se conhecer melhor os benefícios do aleitamento materno, principalmente do aleitamento materno exclusivo (AME), tanto para a criança, quanto para a mulher. Os resultados desses trabalhos mostraram evidências científicas que contribuíram para as mudanças das políticas nacionais e internacionais, que passaram a indicar a amamentação exclusiva até o sexto mês. Hoje em dia, a Política Nacional de Aleitamento Materno objetiva

promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de complementação até os dois anos de idade ou mais (BAPTISTA et al., 2009).

Segundo Parizotto et al. (2009), a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida é imprescindível para a saúde e o desenvolvimento da criança, pois a administração de outros alimentos, além do leite materno, intervém negativamente na assimilação de nutrientes e em sua biodisponibilidade, além de aumentar o risco de infecções. O uso exclusivo do leite materno para prematuros e bebês de baixo peso aumenta os índices de inteligência e acuidade visual. Embora as evidências científicas comprovem o valor do aleitamento exclusivo, a interrupção precoce do AME ainda é um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil indicando a necessidade de um método de monitoramento estável dos indicadores e projetos de intervenções.

O desmame precoce contribui para a desnutrição, para a mortalidade infantil e pode prejudicar o vínculo da mãe com o bebê. O leite materno é o alimento ideal para o bebê, protege contra as infecções e estreita o vínculo entre mãe e filho. O leite da mãe deve ser o único alimento do bebê nos primeiros seis meses. A amamentação garante a saúde da criança e pode se estender a partir dos seis meses até os dois anos de idade ou mais, junto com outros alimentos (DUPIN, 2011).

Os principais cuidados para facilitar o aleitamento e evitar o desmame precoce são:

- a. colocar o bebê no peito na primeira hora depois do parto;
- b. dar só leite materno e não oferecer nada mais (nem água ou chá) durante os 6 primeiros meses;
- c. amamentar o bebê sempre que ele pedir e não em horários determinados;
- d. dar o peito de forma correta: o bebê deve abocanhar toda a aréola (parte escura do peito) e não só o bico do peito;
- e. coloque o corpo do bebê totalmente voltado para o seu (barriga com barriga);
- f. quando a criança pega o peito corretamente e com a boca bem aberta, o leite sai em quantidade suficiente, o bebê engole tranquilamente e a mãe não sente dor para amamentar nem tem rachaduras no peito (UNICEF, 2011).

Vantagens da amamentação para a mãe:

- a. perda de peso que ganhou na gravidez;
- b. diminui o sangramento no útero prevenindo anemia e reduz as chances de desenvolver osteoporose, câncer de mama e ovário;
- c. ao amamentar a mãe fica mais próxima de seu filho transmitindo a ele mais carinho e segurança.

Vantagens da amamentação para o bebê:

- a. proteção contra infecções e alergias;
- b. menor risco de diabetes, câncer, infecção urinárias e de ouvido;
- c. menos problemas na dentição e no desenvolvimento da fala;
- d. melhor desenvolvimento emocional, social, motor e da inteligência.

Vantagens para a família:

- a. Economia, uma vez que o alimento (leite) já está pronto;
- b. bebês mais saudáveis tem menor gasto com medicamentos e consultas (MINAS GERAIS, s.d.).

2.15 Uso de método anticoncepcional durante aleitamento

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorréia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, esse efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorre primeiro. O efeito inibidor de fertilidade, que o aleitamento exclusivo com amenorréia tem, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepcional – LAM (método da amenorreia na lactação) (VIEIRA et al. 2008).

Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar ou retorno das menstruações) ou quando a mulher deseja utilizar outro método associado ao LAM, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nesses casos deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais – DIU e métodos de barreira.

O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até meses após a cura (VIEIRA et al. 2008).

O uso de preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado. O anticoncepcional hormonal oral somente de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactentes, pois interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê (VIEIRA et al. 2008).

Os métodos comportamentais – tabelinhas, muco cervical, entre outros – somente poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual (pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2009).

No encaminhamento para laqueadura tubária /vasectomia deve-se avaliar a disponibilidade na rede de assistência da realização deste tipo de procedimento. Os principais requisitos para realização da laqueadura/vasectomia são: ter pelo menos 25 anos de idade e/ou ter pelo menos dois filhos vivos. A lei federal nº9263 de 12/01/1996, regulamentada pela portaria nº48 de 11/02/1999, proibiu a realização de laqueadura durante o parto ou aborto e nos 42 dias subsequentes ao parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato anestésico representar maior risco para sua saúde. Assim sendo deverão ser encaminhadas ao ambulatório de planejamento familiar as gestantes que já tenham duas cesarianas sucessivas anteriores ou que apresentam patologia de base que coloque em risco sua saúde no caso de nova gravidez. A gestante que não preencher estes requisitos só deverá ser encaminhada após a revisão de parto com anticoncepção adequada para esse período. É importante salientar que a lei federal exige um prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade em documento escrito e a realização da cirurgia (PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de adequação do protocolo de assistência no pré-natal de risco habitual para o município de Juatuba.

3.2 Objetivos específicos

- a. Realizar um levantamento dos problemas críticos no município.
- b. Propor melhoria na assistência ao pré-natal para o município de Juatuba.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Para o embasamento teórico do estudo foi realizada uma revisão bibliográfica. Foram utilizadas fontes primárias, tais com leis, e secundárias, localizadas em periódicos indexados em meio eletrônico, livros e demais fontes bibliográficas. Em meio eletrônico, foram utilizados bancos de dados científicos tais como *Lilacs* (Literatura LatinoAmericana), Medline (National Library of Medicine), utilizando as palavras chaves como gestante, pré-natal, puerpério, captação, busca ativa.

Para a definição do tema foi realizado diagnóstico situacional, no ano de 2012, com informações sobre a população, condição socioeconômica (habitação, saneamento básico, ocupação), sobre serviço (acessibilidade, cobertura, qualidade), sobre política de saúde (voltado para a política orçamentária), definição dos informantes chaves, tais como conselheiros de saúde, líderes comunitários, agentes comunitários de saúde, gestores de saúde, microrregional, superintendência de saúde.

Foi realizado um estudo sobre os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “Dificuldade de captação da gestante no primeiro trimestre”, bem como análise de viabilidade e ações estratégicas.

Com base nas informações levantadas foi elaborada uma proposta de adequação do protocolo de assistência no pré-natal de risco habitual para o município de Juatuba.

4.2 Apresentação do município

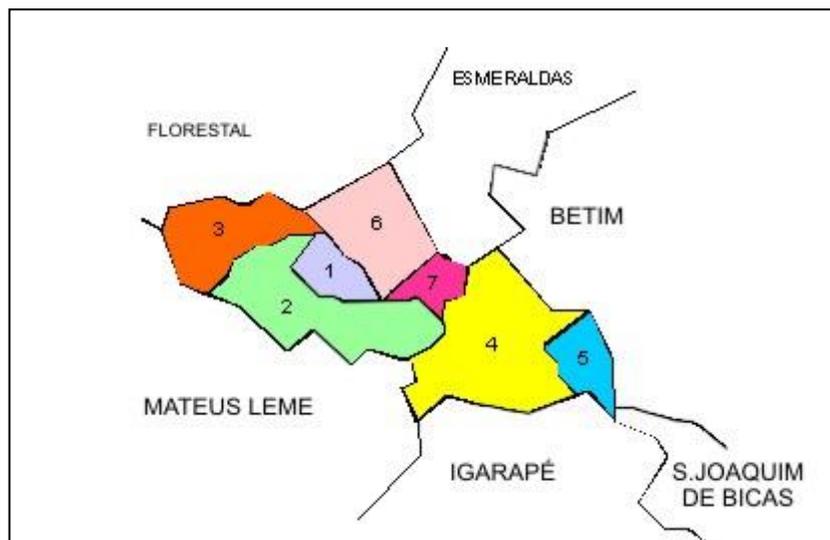
O município de Juatuba tem 80% de Estratégia de Saúde da Família e está se estruturando para passar para 100%, e os gestores acreditam que com a atenção básica os gastos serão reduzidos se promoverá melhor a saúde (DATASUS SIAB, 2012a).

A atenção básica à saúde compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que engloba a promoção da saúde à prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível de atenção do sistema único de saúde. Já a saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

4.2.1 Mapeamento municipal

O município de Juatuba conta com seis equipes em funcionamento; uma equipe em fase de implantação e duas equipes de saúde bucal. O zoneamento das equipes é demonstrado na FIG. 7.

FIGURA 7 - Distribuição das equipes por região



3	Boa Vista Terra Fértil Jardim Lema Jardim Boa Vista Quintas B. Vista	1	Bela Vista Cidade Nova II Cidade Nova III	4	Veredas I e II Carioca Vila Verne Ilheus Serra Azul Castelo branco Jardim Baviera Braúnas	7	Centro Varginha Região sem cobertura
	No. de famílias: 623 Habitantes: 2.145		No. de famílias: 956 Habitantes: 3.423		Dona Francisca Diamantina Dist. Industrial I Ponte Nova		No. de famílias: 1.126 Habitantes: 4.219
2	Vila Maria Regina São Gerônimo Canaã Parque Alvorada	6	Cidade Nova I Cidade Satélite	5	No. de famílias: 707 Habitantes: 2.364	5	Francelinos Coqueiro Verde Santo Antônio Eldorado Samanbaia
	No. de famílias: 1004 Habitantes: 3.423		No. de famílias: 1.182 Habitantes: 4.255		No. de famílias: 795 Habitantes: 2.725		

Fonte: DATASUS SIAB, 2012a.

4.2.2 População atendida

O número de famílias e de população atendida por cada unidade de saúde do PSF (Programa Saúde da Família) é demonstrado na TAB. 1.

TABELA 1 - População atendida pelas equipes do PSF e número de famílias do município de Juatuba

Unidades de Saúde	População atendida	Número de famílias
USF I - Bela Vista	3.423	956
PSF II - Vila M. Regina	3.343	1.004
PSF III - Boa Vista	2.145	623
PSF IV – Braúnas	2.364	707
PSF V – Francelinos	2.725	795
PSF VI – Satélite/CNI	4.219	1.226

Fonte: DATASUS SIAB, 2012a.

Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2012:

- a. PSF Bela Vista segmento 1 zona urbana 13/03/2012;
- b. PSF Satélite segmento 6 zona urbana 13/03/2012;
- c. PSF Boa Vista segmento 3 zona urbana 23/03/12;
- d. PSF Braúnas segmento 4 urbano 23/03/12;
- e. PSF Francelinos segmento urbano 5 13/03/2012;
- f. PSF Vila Maria Regina segmento 2 zona urbana 13/03/2012.

Todas as equipes do município realizam acompanhamento de diabéticos, hipertensos, gestantes, tuberculose (TBC) e hanseníase.

Os pacientes priorizados são cadastrados e acompanhados conforme demonstrado na TAB. 2.

TABELA 2 - Cadastro de pacientes priorizados no município de Juatuba

Pacientes	Cadastrados	Acompanhados
Diabéticos	346	309
Hipertensos	1.786	1.605
Gestantes	80	76
TBC Tuberculose	03	02
Hanseníase	04	04

Fonte: DATASUS SIAB, 2012a.

Outros atendimentos realizados pelas equipes estão demonstrados na TAB. 3.

TABELA 3 - Atendimentos realizados pelas equipes da ESF no município de Juatuba

Atendimento	N
Consultas médicas	16.010
Curativos	1.706
Visitas domiciliares	50.100
ACS	48.682
Técnico de enfermagem	285
Enfermeiro	707
Médico	428

Fonte: DATASUS SIAB, 2012b

4.2.3 Composição da equipe

Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, seis a oito agentes de saúde.

O município conta com 93,15% de atenção básica em saúde da família, com seis equipes de saúde da família, uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), para atender uma população de 22.221 pessoas. Conta também com dois laboratórios de análises clínicas, um centro de reabilitação de fisioterapia, uma vigilância sanitária, um centro de zoonoses, um centro de reabilitação de saúde mental, um serviço de ultrassonografia/mamografia, nove unidades de odontologia, Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), uma farmácia de Minas, serviço de fonoaudiologia, pedagogia e imunização (DATASUS SIAB, 2012b).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) oferece plantão de 24 horas de clínica médica, plantão de 12 horas diurnas de pediatria, serviço de transporte de urgência (ambulância), radiodiagnóstico, serviço de enfermagem, curativo, injeção, nebulização e inalação, vacinas, serviço de métodos gráficos (eletrocardiograma) e farmácia (DATASUS SIAB, 2012b).

O centro de especialidades médicas oferece atendimento ambulatorial de consulta básica (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, angiologia, cardiologia, cirurgia, neurologia, ortopedia, proctologia, urologia, dermatologia). (DATASUS SIAB, 2012b).

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 Diagnóstico situacional

Após a avaliação do diagnóstico situacional e levantamento dos problemas críticos no município de Juatuba – Minas Gerais, foi elencada a “dificuldade na captação precoce de gestantes” por sendo considerado um problema preocupante e relevante (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento do município de Juatuba/MG, 2012

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento
Alto índice de hipertenso	Alta	8	Parcial
Alto índice de diabético	Alta	7	Parcial
Alto índice de violência	Alta	6	Parcial
Falta de infraestrutura no sistema de esgoto (grande número de fossas)	Alta	6	Parcial
Dificuldade na captação precoce de gestante	Alta	9	Parcial

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de DATASUS SIAB (2012b) e Campos et al. (2010).

A dificuldade na captação de gestantes também foi discutida com os médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF), após uma reunião com a presença do preceptor do Programa de Educação Permanente (PEP) do governo estadual, quando foi proposta uma ação do município e do estado. O município arcaria com as despesas e o estado liberaria uma profissional obstetra que atenderia junto com os profissionais generalistas do município. Nesta ocasião foi também proposta a adequação do protocolo de atendimento, pois a situação de pré-natal no município é preocupante, não somente pela dificuldade exposta pelos profissionais (que na maioria são recém-formados) e segundo os mesmos saem da faculdade com pouca experiência nestes atendimentos. O município vem perdendo

metas deste indicador de saúde pela dificuldade de captação da gestante no primeiro trimestre (DATASUS SIAB, 2012b).

Das gestantes atendidas nos últimos 12 meses verificou-se pelos prontuários que elas procuram o serviço no 6º mês de gestação

TABELA 4 - Gestantes acompanhadas no 1º e 2º trimestre

Primeiro trimestre											
Jan.	Fev.	Mar.	Ab.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
05	05	10	08	10	10	05	07	07	03	03	03
Segundo trimestre											
Jan.	Fev.	Mar.	Ab.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
00	00	01	00	00	01	00	00	00	00	00	02

Fonte: DATASUS SIAB, 2012b.

Vale destacar que neste município também ocorre a migração de gestantes de municípios vizinhos, em estado adiantado de gestação, o que acarreta a falha da equipe na busca ativa no primeiro trimestre, fato que já foi reportado à Superintendência Regional de Saúde (SRS). A gestante chega à unidade já com seis meses de gestação, justificando que só descobriu a gestação após seis meses, escondia a gestação por motivos particulares, não tinha tempo para ir à unidade, tem atendimento na rede privada, não tem acesso ao agente de saúde, só chega à residência à noite.

No município de Juatuba, as ações do Projeto Mães de Minas e Rede Cegonha estão acontecendo, porém lentamente. Existe também o “Projeto Bem Nascer” que é dividido em duas vertentes uma para a saúde e uma para a assistência social. O enfoque da saúde são palestras voltadas para as gestantes, dividido em cinco módulos e ministrado pela equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família. No final do módulo a gestante recebe um kit com materiais pertinentes ao recém-nascido. Já na vertente da assistência social é feita uma avaliação socioeconômica e disponibilizado um enxoval para o recém-nascido (BRASIL, 2011).

5.2 Proposta de adequação do protocolo de atendimento no pré-natal de risco habitual para o município de Juatuba

5.2.1 Identificação do público alvo

Todas as gestantes cadastradas no SISPRENATAL serão beneficiadas com a implantação do novo protocolo. Seu principal objetivo é instrumentalizar os profissionais da Rede Básica de Saúde para que ofereçam aos usuários uma assistência de qualidade, fazendo uso das rotinas, fluxos, normalizações, padronizações de condutas e ações descritas no protocolo.

5.2.2 Acolhimento

A gestante será acolhida pela equipe que priorizará o primeiro atendimento, solicitando o exame de *prognosticon* ou BHCG exames que comprovam a gravidez. Após o exame positivo encaminhar para consulta com médico da unidade. A orientação da estratégia de saúde da família são consultas alternadas médico e enfermeiros. Na primeira consulta, serão solicitados os exames laboratoriais de rotina. O profissional terá que cadastrá-la no SISPRENATAL, independente da idade gestacional, preencher o cartão da gestante (ANEXO A), a ficha perinatal (ANEXO B) que deverá ser avaliada com os dados de cada consulta de pré-natal e deverá permanecer no prontuário do paciente. O intervalo entre as consultas deverá ser inferior a 15 dias e não ultrapassar 30 dias.

Para uma gestante sem fatores de risco detectados, estabelecer um mínimo de sete consultas até a 36ª semana. Após a 36ª semana, a consulta será semanal ou no máximo quinzenal; e, a partir da 38ª semana, deverá ser preferencialmente semanal até a 41ª semana. A consulta de puerpério para até 42 dias pós-parto que deverá ser agendada. Os agentes comunitários de Saúde deverão estar atentos para a detecção de novos casos de gestação em suas microáreas, podendo inclusive realizar o cadastramento da gestante, com referência imediata para primeira consulta na Unidade Básica de Saúde local. É primordial a busca ativa destas pacientes.

5.2.3 Operacionalização

5.2.3.1 Profissionais envolvidos e atribuições

Aos agentes comunitários de Saúde (ACS) cabe:

- a. orientar a população adstrita de sua área de atuação sobre o atendimento à gestante;
- b. realizar busca ativa de gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à unidade de saúde;
- c. informar as gestantes sobre a importância o início precoce do pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- d. realizar visitas às puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- e. realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar;
- f. informar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura;
- g. realizar grupos de gestantes de acordo com sua competência.

O auxiliar / técnico de enfermagem deverá:

- a. acolher a gestante e verificar situação de emergência, tais como sangramentos, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas e sinais de infecção urinária;
- b. agendar as consultas na estratégia saúde da família com os profissionais de saúde, médico ou enfermeiro para verificar a prioridade do atendimento;
- c. avaliar a situação de vacinas;
- d. verificar a pressão arterial, pesar e medir a altura da paciente na primeira avaliação;
- e. encaminhar a gestante para participar dos grupos educativos desenvolvidos na UBS (do médico, enfermeiro ou agente de saúde);
- f. realizar atividades educativas;

-
- g. realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
 - h. captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
 - i. realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar;
 - j. informar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura.

São atribuições do enfermeiro:

- a. requisitar o teste de gravidez (TIG); teste imunológico para gravidez;
- b. se o teste de TIG ou BHCG der positivo, registrar a gestante no sistema para obtenção do número do SISPRENATAL (ANEXO C) e anotar no cartão da gestante;
- c. no ato da inscrição realizar a consulta de enfermagem e intercalar as de enfermagem com as do médico, dependendo da classificação por grau de risco ou necessidade;
- d. requisitar os exames de rotina do pré-natal;
- e. verificar o grau de risco durante a consulta de enfermagem, e ao ser detectado algum risco, encaminhar a gestante à consulta com o ginecologista;
- f. monitorar as gestantes de alto risco e com infecção do trato urinário (ITU) quanto à frequência nas consultas agendadas na estratégia saúde da família e quanto ao uso adequado da medicação prescrita;
- g. orientar e coordenar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes;
- h. orientar e coordenar a equipe de saúde nas ações educativas às gestantes que devem ser realizadas por todos os membros da equipe;
- i. avaliar o esquema de vacinas. Toda gestante deve ser vacinada ou tomar o reforço da vacina antitetânica da seguinte forma: quem nunca tomou a vacina (ou não tem comprovação) deve tomar três doses; quem não tomou todas as doses, deve completar as que faltam; quem tomou as três doses há mais de cinco anos precisa tomar uma dose de reforço. Outras vacinas, como, por exemplo, contra a hepatite tipo B, podem ser administradas, dependendo da

situação e de indicação médica. A vacina contra gripe é indicada para todas as gestantes (UNICEF, 2011);

- j. incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura.

São funções do assistente social:

- a. colaborar com a equipe na captação precoce da gestante;
- b. participar das ações educativas às gestantes;
- c. auxiliar no incentivo ao aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura;
- b. trabalhar com o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Atribuições do médico ginecologista / generalista:

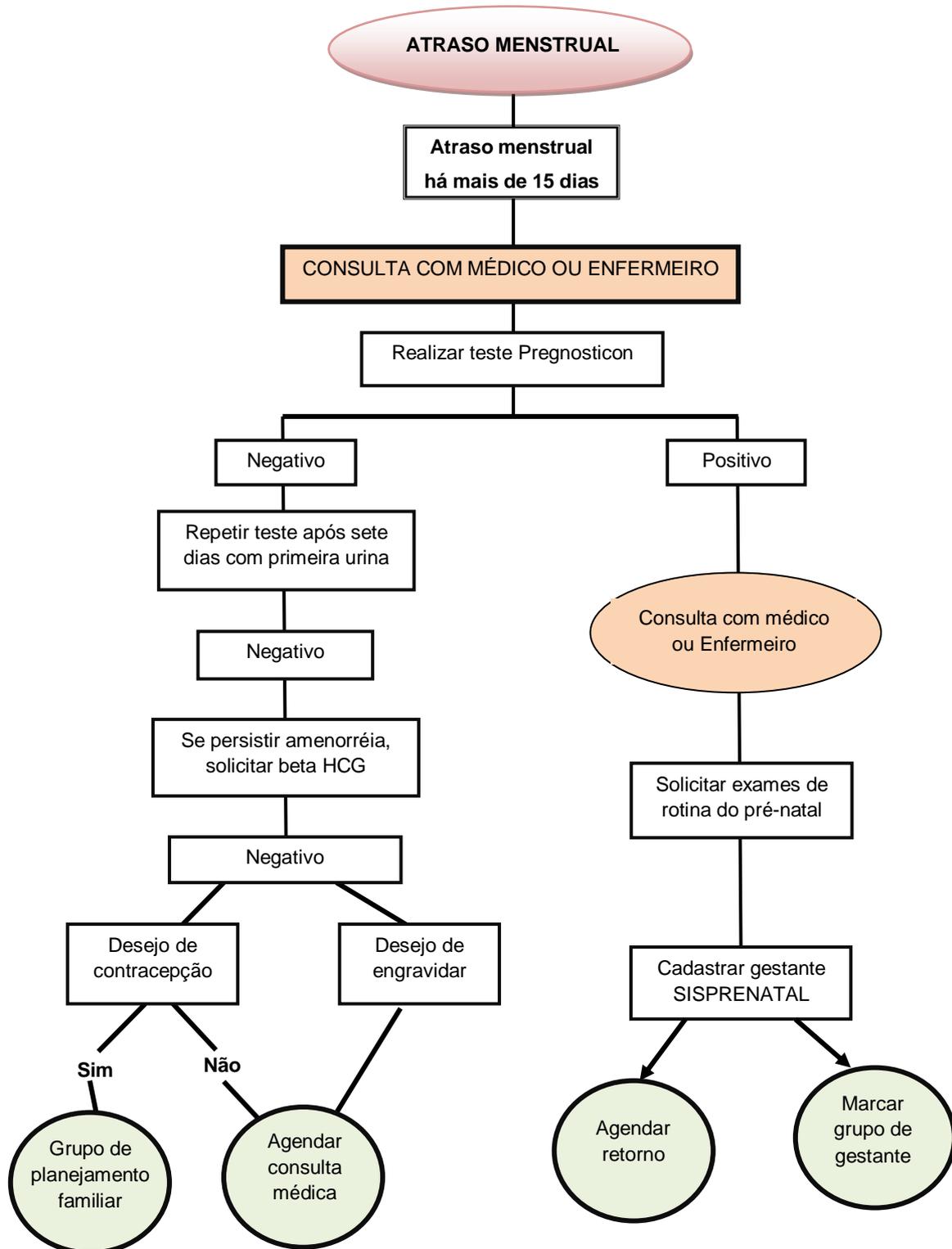
- a. caso o primeiro atendimento seja feito pelo médico este deverá inscrever a gestante, obtendo o número do SISPRENATAL e registrando-o no cartão;
- b. realizar consulta médica de pré-natal e identificar o risco gestacional a cada consulta e quando identificado realizar o encaminhamento para o serviço de referência de pré-natal de alto risco;
- c. avaliar e tratar as gestantes com doenças sexualmente transmissível (DST);
- d. nos casos confirmados de toxoplasmose ativa, sífilis e AIDS na gravidez encaminhar as gestantes à referência específica;
- e. analisar os resultados de todos os exames de pré-natal, inclusive o exame de Papanicolaou, encaminhando as citologias alteradas ao serviço de referência;
- f. monitorar as gestantes de alto risco e com infecção do trato urinário (ITU) quanto à frequência nas consultas agendadas e quanto ao uso adequado da medicação instituída;
- g. avaliar o esquema de vacinas; encaminhar e orientar quem nunca tomou a vacina ou tenha doses incompletas;
- h. realizar as atividades educativas, e monitorar as gestantes, principalmente as de risco;
- i. informar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura;
- j. realizar consulta puerperal.

Competência das maternidades:

- a. acolher a gestante e apresentar o espaço físico da maternidade;
- a. garantir assistência às intercorrências e emergências que ocorrerem durante a gestação, parto e puerpério e emitir laudo de atendimento e/ou carimbar o cartão da gestante;
- b. garantir assistência às intercorrências que não puderem ser atendidas pela Unidade de Saúde garantidos através da PPI (Programa de pactuação integrada);
- c. seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) garantindo a assistência ao pré-parto, ao parto e ao puerpério bem como recém-nascido;
- d. realizar imunizações nos recém-nascidos;
- b. manter uma comunicação com as unidades básicas de saúde para informar sobre parto e nascimento e intercorrências;
- c. estar em parceria com o comitê de mortalidade materna e infantil.

Segundo Vasques (2006) o serviço de pré-natal deve ser bem estruturado e ser capaz de captar precocemente a gestante na comunidade bem como motivá-la a manter regularmente o seu acompanhamento pré-natal para que bons resultados sejam alcançados. Diante disto, formulou-se um fluxograma para atendimento precoce conforme demonstrado na FIG. 8.

FIGURA 8 - Fluxograma para atendimento precoce



Fonte: Adaptado de Prefeitura Municipal de Betim, s.d.

5.2.3.2 Avaliação clínico-obstétrica

A gestação é o período que vai desde a fecundação até o nascimento. Seus sinais e sintomas são: amenorréia, náuseas e vômitos, polaciúria, disúria, aumento das mamas, que ficam mais sensíveis e doloridas, aumento do abdômen por crescimento uterino, sonolência e tonturas. A gestação é um fenômeno fisiológico natural, mas podem acontecer algumas intercorrências ao que os profissionais de saúde têm que ficar atentos. A captação precoce da gestante tem o objetivo de iniciar o pré-natal e com isso evitar complicações obstétricas e fetais (PICON; SÁ, 2005).

5.2.3.2.1 Primeira consulta

A primeira consulta de pré-natal deve englobar anamnese completa, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. Realizar um exame físico completo, constando avaliação cefalo-caudal, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese poderá ser sucinta, visando os aspectos do bem-estar materno e fetal. Ao iniciar a consulta o médico deverá, inicialmente, ouvir as dúvidas e ansiedades da mulher, e realizar perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. O prontuário da unidade e o cartão da gestante deverão conter tais informações. Reavaliar o risco obstétrico e perinatal em cada consulta (BRASIL, 2005).

Baseado nas recomendações da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), e no Protocolo de assistência à mulher no pré-natal de risco habitual do município de Betim (PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, s.d.) foi elaborado um roteiro para as primeiras consultas de pré-natal.

A anamnese dever conter:

A. História clínica

a. Identificação

- b. Motivo da consulta (rotina ou outro motivo, descrever as queixas)
- c. Antecedentes pessoais (atenção para hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, viroses: rubéola, herpes)
- d. Hábitos de vida
- e. Antecedentes familiares (especial atenção para hipertensão, diabetes e câncer de mama)
- f. História vacinal

B. Antecedentes ginecológicos e obstétricos

- a. Número de partos
- b. Tipos de partos
- c. Intercorrência em partos anteriores
- d. Outros problemas ginecológicos

C. Histórica obstétrica atual

- a. Data da última menstruação (DUM)
- b. Cálculo da idade gestacional (IG)
- c. Data provável do parto (DPP)

D. Situação vacinal

Para prevenção do tétano no recém-nascido e para proteção da gestante indica-se a vacinação dupla adulto (DT). Deverá ser observado se a mesma recebeu vacina tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) ou dupla viral (sarampo e rubéola), em caso negativo, instruí-la para receber tal vacina no pós-parto.

E. Avaliação da saúde mental

O pré-natal favorece a detecção e o tratamento precoce de transtornos mentais na gestação. É de fundamental importância que, durante as consultas, ou grupos ou a equipe fiquem atentos à presença de fatores de risco, como: aparência geral; interação com o examinador e com o grupo; atividade psicomotora; estado emocional; linguagem; presença ou não de alucinações; nível de consciência; características do pensamento e orientação e memória.

F. Avaliação da saúde bucal

O surgimento de problemas bucais é mais susceptível na gravidez devido às alterações orgânicas como a hiperacidez salivar, a hipervascularização gengival e a diminuição da motilidade do trato digestivo. As doenças periodontais fazem parte de um grupo de entidades clínicas distintas, a maioria resultante de uma interação complexa entre microrganismos patogênicos e a resposta do hospedeiro. Evidências científicas, advindas de estudos epidemiológicos, apontam para uma possível associação entre infecção periodontal e parto pré-termo e/ou baixo peso ao nascimento (OLIVEIRA, 2007).

A periodontite é uma doença inflamatória e infecciosa que afeta o periodonto (perio = em torno de; donto = dente – conjunto de tecidos que circunda e sustenta o dente), causando perda progressiva da inserção conjuntiva e ocorre em indivíduos saudáveis de qualquer idade. Durante a gravidez os níveis aumentados de hormônios sexuais esteroidais são mantidos na fase lútea, o que resulta na implementação do embrião até o nascimento. A mulher grávida, próximo ao termo ou a termo, produz grandes quantidades de estradiol (20 mg/dia), estriol (80 mg/dia) e progesterona (300 mg/dia). A inflamação gengival iniciada pela placa e exacerbada por essas alterações hormonais no segundo e terceiro trimestre da gravidez é denominada gengivite da gravidez (LINDHE et al., 2010).

Por essa razão, as gestantes com risco de prematuridade encaminhadas pelo ginecologista / generalista terão prioridade no atendimento.

As gestantes receberão, inicialmente, orientação quanto à adequação do meio bucal e aguardarão o tratamento conforme sua classificação de risco.

5.2.4 Avaliação dos fatores de risco

De acordo com o Manual técnico do pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2005), para se programar as atividades do controle pré-natal é necessário identificar os riscos gestacionais, permitindo assim a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. **"É indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta"** (p.5, grifos do autor).

A avaliação de risco não é tarefa fácil, pois seu conceito está associado a probabilidades e a sequência entre um fator de risco e um dano nem sempre está claro. A realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para dar maior ou menor relevância aos fatores de risco para a gravidez.

A situação de risco não sugere o acompanhamento da gestante na referência de alto risco. As situações que envolvem risco real e/ou fatores preveníveis que exijam intervenções mais complexas devem ser referenciadas, podendo, contudo retornar ao nível primário, quando a situação for resolvida. A unidade básica de saúde deve continuar se responsabilizando pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema.

Com base no Manual técnico do pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2005) e no Protocolo de assistência à mulher no pré-natal de risco habitual do município de Betim (PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, s.d.) foi elaborada uma lista dos fatores de risco para gravidez, a ser observada pela equipe.

Fatores de risco de maior incidência (causas de mortalidade e morbidade materna e pré-natal)

- a. Síndrome hipertensiva ou hemorrágica em gestação anterior
- b. Aborto inseguro (gravidez indesejada)
- c. Hipertensão arterial crônica
- d. Cardiopatia
- e. Diabetes
- f. DST – AIDS (transmissão vertical)
- g. Infecção do trato urinário
- h. Gemelaridade
- i. Multiparidade (quarto ou mais partos)
- j. Idade > 35 anos
- k. Intervalo interpartal < que dois anos ou > que cinco anos
- l. Dependência de drogas (ilícitas ou não, incluindo álcool)
- m. Tabagismo (dez ou mais cigarros ao dia)
- n. Peso corpóreo < que 45 kg ou > que 75 kg
- o. Cirurgia uterina anterior ou duas cesáreas anteriores ou mais

- p. Outras doenças crônicas maternas

Fatores de risco com maior recorrência (repetem-se em gestações futuras)

- a. Morte perinatal (explicada ou não)
- b. Recém-nascido de baixo peso (< 2 500 g)
- c. Recém-nascido prematuro (< 37 semanas)
- d. Recém-nascido com malformações
- e. Abortos de repetição (dois ou mais abortos)
- f. Um ou mais abortos tardios (entre 12 e 20 semanas)
- g. Situação de violência (PREFEITURA DE BETIM, s.d.).

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

- a. Idade menor que 15 e maior que 35 anos
- b. Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse
- c. Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente
- d. Situação conjugal insegura
- b. Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular)
- a. Condições ambientais desfavoráveis
- b. Altura menor que 1,45m
- c. Peso menor que 45kg e maior que 75kg
- d. Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

História reprodutiva anterior

- a. Morte perinatal explicada ou inexplicada
- b. Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
- c. Abortamento habitual
- d. Esterilidade/infertilidade
- e. Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- f. Nuliparidade e multiparidade
- g. Síndromes hemorrágicas
- h. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

- i. Cirurgia uterina anterior
- j. Macrossomia fetal

Intercorrências clínicas crônicas

- a. Cardiopatias
- b. Pneumopatias
- c. Nefropatias
- d. Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*)
- e. Hemopatias
- f. Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou em uso de anti-hipertensivo
- g. Epilepsia
- h. Infecção urinária
- i. Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST)
- j. Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses)
- k. Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)

Doença obstétrica na gravidez atual

- a. Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- b. Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- c. Ganho ponderal inadequado
- d. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- e. Amniorrexe prematura
- f. Hemorragias da gestação
- g. Isoimunização
- h. Óbito fetal (BRASIL, 2005).

I. Exame físico geral

O exame físico geral é realizado pelo médico e enfermeiro que deverão:

- a. avaliar a pele, mucosas e apalpar a tireóide;
- b. avaliar os sinais vitais; aferição de pulso, frequência cardíaca e pressão arterial;

- c. pesquisar edema (face, tronco, membros);
- d. realizar avaliação cardiopulmonar;
- e. realizar avaliação da cavidade oral e encaminhar para a odontologia, se necessário;
- f. realizar avaliação dos membros inferiores (edemas, varizes, etc.);
- g. realizar avaliação do estado nutricional;
- h. inspeção e palpação das mamas: avaliar simetria e tipos de mamilo e orientar: exercício de exteriorização e fortalecimento do tecido mamilar;
- i. avaliar a posição e apresentação fetal no útero materno;
- j. medir altura uterina (útero – fita);
- k. auscultar os batimentos cardíacos fetais (após a 12 semana, se for o caso);
- l. realizar o exame ginecológico:
 - fazer inspeção e apalpação dos genitais externos;
 - realizar exame especular: fazer coleta de material citológico;
 - realizar exame de toque;
 - realizar as medidas antropométricas.

Exames laboratoriais de rotina

Os exames laboratoriais de rotina são apresentados no Quadro 2.

QUADRO 2 – Exames laboratoriais de rotina

Exame	Consulta inicial	28-32 ^a semana	Após 32 ^a semana
βHCG, se a amenorréia é inferior a 10 dias	x		
Pregnosticon, se amenorréia é > 10 dias	x	-	
Colpocitologia oncótica – exceto se tiver realizado no último ano	x	-	
Hemograma completo	x	X	x
Tipagem sanguínea	x	-	-
VDRL	x	X	x
Glicemia de jejum	x	24 ^a a 28 ^a sem.	-
Urina rotina e urocultura	x	-	x
Citologia oncótica	x	-	-

Exame	Consulta inicial	28-32 ^a semana	Após 32 ^a semana
Toxoplasmose IgM e IgG	x	-	-
HBs Ag	x	-	-
Ultrassom	x (por volta da 18 ^a sem.)	Repetir entre a 18 ^a e a 24 ^a sem.	-
HIV	x (com permissão da mulher)	-	x

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de Brasil, 2000.

5.2.5 Roteiro das consultas subsequentes

- a. Revisão da ficha perinatal e anamnese atual
- b. Cálculo e anotação da idade gestacional
- c. Exame físico, incluindo o gineco-obstétrico
- d. Determinação do peso – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional da gestante
- e. Medida da pressão arterial
- f. Inspeção da pele e das mucosas
- g. Inspeção da cavidade oral
- h. Inspeção das mamas
- i. Ausculta cardíaca e respiratória
- j. Palpação obstétrica e medida da altura uterina
- k. Ausculta dos batimentos cardio-fetais
- l. Pesquisa de edema
- m. Toque vaginal, sempre que necessário

5.2.6 Ações complementares

- a. Referência para atendimento odontológico
- b. Referência para atendimento de imunização – quando indicado.
- c. Referência para práticas educativas coletivas.

- d. Referência para serviços especializados na mesma unidade ou para unidade de maior complexidade, quando indicado. Quando isso acontecer, o profissional deve acompanhar as condutas adotadas em serviços clínicos especializados, estar atento para não perder o vínculo com a equipe da unidade de origem da gestante.
- e. Agendamento de consultas subsequentes.

5.2.7 Referência para maternidade

Como o município de Juatuba não dispõe de maternidade, de acordo com a PPI, as gestantes serão encaminhadas para referência de pré-natal de alto risco à maternidade Hospital Regional de Betim, e de risco habitual à maternidade Ibiruçu, Hospital de Mateus Leme e Sofia Feldman.

5.2.8 Unidades de saúde que atendem a população de Juatuba

- a. ESF Vila Maria Regina – Bairro Icaraí
- b. ESF Samambaia – Bairro Samambaia
- c. ESF Francelinos – Bairro Francelinos
- d. ESF Boa Vista – Bairro Boa vista
- e. ESF Canaã – Bairro Canaã
- f. ESF Satélite – Bairro Satélite
- g. Referência de maternidade segundo a PPI (Programa de pactuação integrada)
- h. Hospital Regional do município de Betim (Alto risco)
- i. Maternidade de Ibiruçu (risco habitual)
- j. Maternidade de Mateus Leme.

5.2.9 Agendamento de cesariana eletiva

As gestantes com indicação antecipada de cesariana deverão ser encaminhadas à maternidade municipal de sua referência para agendamento da cirurgia a partir da 36ª semana de gestação, devendo o obstetra de plantão examinar a gestante, verificar a indicação do procedimento e agendar o procedimento cirúrgico. De acordo com a PPI tem-se o Hospital Regional do

município de Betim (alto risco) Maternidade de Ibiruçu (risco habitual) em Betim e consulta especializada no Centro de Especialidades Divino Braga em Betim, Maternidade de Mateus Leme. O controle de pré-natal continuará a cargo da unidade de saúde, até a data da realização da cesariana.

5.2.10 Curso para gestante

Projeto Bem Nascer, em que as palestras são ministradas por profissionais da atenção básica, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais cujo objetivo é tirar as dúvidas e mitos das gestantes durante a gestação. O curso compreende uma palestra por mês durante nove meses com cinco módulos mensais e a gestante pode faltar apenas uma vez (QUADRO 3). No final ela recebe um kit com materiais pertinentes à gravidez.

QUADRO 3 – Palestras e ministrantes do curso para gestantes

Módulo	Tema	Ministrante
1º	Direitos da gestante.	Assistente social
	Prevenção de Deficiência	Fisioterapeuta
2º	Saúde Bucal	TSB (Técnico de Saúde Bucal)
	Orientação Nutricional	Nutricionista
3º	Orientações posturais no pré-parto, parto e puerpério	Fisioterapeuta
	O Parto	Médica
4º	Cuidados com o recém-nascido	Enfermeiro
5º	Planejamento Familiar	Enfermeiro
	Amamentação	Enfermeiro

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de www.cosemsmg.org.br/experiencias exitosas - Projeto piloto Bem Nascer/curso para gestante município de Juatuba/MG.

Os recursos materiais utilizados para o curso consistem de:

- a. projetor multimídia;
- b. panfletos informativos;
- c. lanche;

- d. kit para gestante;
- e. material para divulgação do curso.

Para ter direito a receber o kit, a gestante deve realizar o pré-natal no posto (no mínimo seis consultas) e ter, no mínimo 75% de frequência no curso

Referencia (www.cosemsg.org.br/experiencias exitosas). Projeto piloto Bem Nascer/curso para gestante município de Juatuba/MG.

5.2.11 Encaminhamentos para o pré-natal de cuidados especiais

Se fatores de risco forem detectados durante as consultas para gestação, a gestante deverá ser avaliada pelo médico para possibilidade ou não de ser referenciada ao pré-natal de cuidados. Casos que devem ser encaminhados para o pré-natal de alto risco:

- a. usuárias de drogas ou psicofármacos como tranquilizantes ou antidepressivos;
- b. desnutrição ou anemia grave;
- c. diabetes;
- d. cardiopatias;
- e. hipertensão arterial de difícil controle;
- f. nefropatia;
- g. doença autoimune;
- h. isoimunização materna pelo fator RH;
- i. doença neurológica ou mental;
- j. miomatose uterina;
- k. incompetência istmo-cervical ou outros problemas uterinos;
- l. história de cirurgia sobre órgãos genitais, miomectomia, amputação de colo, correção de fístula, correção de incompetência istmo-cervical, etc.;
- m. história obstétrica desfavorável (feto natimorto, neo-morto, hidróticos, baixo peso, prematuros, CIUR, malformados);
- n. intercorrências gestacionais maternas (infecções urinárias de repetição, DHEG, diabetes gestacional);
- o. intercorrências gestacionais fetais (gestação múltipla acima de dois fetos, mal formação fetal);

- p. SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida);
- q. toxoplasmose.

A equipe da unidade de saúde deverá se manter informada sobre o estado de saúde das gestantes referenciadas ao pré-natal de cuidados especiais e assegurar a continuidade do pré-natal em sua unidade.

5.2.12 Exames complementares

Os seguintes exames complementares deverão ser solicitados em casos específicos e segundo indicação clínica:

- a. COOMBS indireto;
- b. sorologia para citomegalovírus / rubéola;
- c. sorologia para toxoplasmose, nos casos em que, no primeiro exame o IgG, for negativo, repetir após a 32ª semana.

A solicitação de ultrassonografia (exame ultrassonográfico obstétrico de nível I – morfologia básica, datação e estudo da placenta) deve ser feita na primeira consulta da gestante, e ser realizado entre a 18ª e a 24ª semanas. Outros exames ultrassonográficos devem ser solicitados em cada trimestre ou após avaliação. Na necessidade de ultrassonografia de urgência, a gestante deverá ser referenciada para a maternidade de sua referência para avaliação do plantonista e realização do exame.

Relação dos exames complementares

Os exames complementares são descritos no Quadro 4. Para a gestante inscrita no programa de SISPRENATAL os exames são autorizados de acordo com a PPI de cada município; quando é necessária a realização de mais exames ou além dos solicitados o caso é levado para o Secretário de Saúde que após um relatório médico autoriza os exames.

QUADRO 4 – Relação de exames complementares

Exames	Resultados	Conduta
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo	Solicitar o teste de COOMBS indireto. Se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas a partir da 24ª semana. Quando o teste de COOMBS for positivo, referir ao PN de Cuidados Especiais.
Sorologia para sífilis	VDRL negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir no 2º e 3º trimestre.
	VDRL positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento imediato
Urina de rotina	Proteinúria	<ul style="list-style-type: none"> • “Traços”: repetir em 15 dias • “Traços” + hipertensão ou edema: referir ao PN de Cuidados Especiais, conforme protocolo • “Maciça”: referir ao PN de Cuidados Especiais
	Hematúria	<ul style="list-style-type: none"> • isolada, excluído sangramento genital: referir a consulta especializada
	Bacteriúria	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica
	Cilindrúria	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação médica
	Outros elementos	<ul style="list-style-type: none"> • Não necessitam de condutas especiais.
	Dosagem de hemoglobina	HB > 11 g/ dl
HB <11> 8 g / dl Avaliação médica		<ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve e moderada: • Avaliação médica. • Tratar anemia com quatro drágeas de sulfato ferroso, via oral. • Repetir dosagem de Hb e HTC 4 a 8 semanas após terapêutica:
		<ul style="list-style-type: none"> • Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a Hb atingir 11 g / dl, quando retorna a dose de suplementação (duas drágeas ao dia). Repetir HB e HTC no 3º trimestre. • Se Hb permanecer em níveis estacionários ou menores, referir Pré-Natal de Cuidados Especiais.
		<ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave:
HB < 8 g / dl		<ul style="list-style-type: none"> • Referir ao PN de Cuidados Especiais
Glicemia de jejum	< 90 mg / dl no sangue ou < 105 mg/ dl no plasma	<ul style="list-style-type: none"> • Valores normais
		<ul style="list-style-type: none"> • Fazer <i>screening</i> entre 24ª e 28ª semanas (sempre).

Exames	Resultados	Conduta		
	> 120 mg / dl no sangue	<ul style="list-style-type: none"> Repetir glicemia de jejum; se persistir o resultado: diabete clínico. Referir ao PN de Cuidados Especiais. 		
Screening para diabete: glicemia 1 h após a ingestão de glicose 50 g (teste de sullivan)	> 140 mg / dl > 185 mg / dl	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar curva glicêmica 		
	< 185 mg / dl	Diabetes gestacional		
Curvaglicêmica		Valores	Normais	Máximos
		jejum	Plasma	Sangue
		60 min	105 mg / dl	90 mg / dl
		120 min	190 mg / dl	165 mg / dl
		180 min	165 mg / dl	145 mg / dl
			145 mg / dl	125 mg / dl
	2 valores alterados	▪ Diabete gestacional. Pré-natal de alto risco		
	1 só valor acima do limite máximo	▪ Tolerância diminuída		
	Todos os valores menores que os limites	Normal, descarta diabete gestacional (33 ^a - 36 ^a semanas)		

5.2.13 Esquema de vacinação antitetânica na gestação

O esquema de vacinação antitetânica na gestação é apresentado no QUADRO 5.

QUADRO 5 – Esquema de vacinação antitetânica na gestação

SITUAÇÃO VACINAL DA GESTANTE	CONDUTA
Não vacinada ou não sabe informar o passado vacinal	<ul style="list-style-type: none"> Esquema básico de três doses de dupla adulto (dt) com intervalo de dois meses entre as doses, sendo A primeira o mais precoce possível, a segunda dois meses após a primeira; A terceira dois meses após a 2^a e no máximo vinte dias antes da data provável do parto.
Com vacinação incompleta (com uma ou duas doses prévias de DPT, dT ou TT	<ul style="list-style-type: none"> Completar esquema observando intervalo de dois meses e ate 20 dias antes da data provável do parto.

SITUAÇÃO VACINAL DA GESTANTE	CONDUTA
Vacinação com esquema completo e última dose há mais de cinco anos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar uma dose de reforço logo que possível.
Vacinação com esquema incompleto e última dose há mais de cinco anos	<ul style="list-style-type: none"> • Completar esquema observando intervalo de dois meses e até 20 dias antes da data provável do parto.
Vacinação com esquema completo e última dose há menos de cinco anos	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma dose a aplicar

Na atenção pré-natal as vacinas poderão se iniciar em fase avançada da gestação, pois o feto estará protegido após a aplicação de duas doses, com intervalo de oito semanas entre cada aplicação. A terceira dose deve ser aplicada durante o puerpério, para concluir a imunização da mulher.

Quando não há tempo suficiente para administrar as duas doses, o intervalo anterior deverá ser diminuído para o mínimo de quatro semanas, devendo a terceira dose ser aplicada no puerpério.

Em casos de aplicação de uma única dose, a gestante não terá proteção contra o tétano neonatal em sua gestação, devendo continuar o esquema para protegê-la do tétano acidental, assim como o feto, em futuras gestações. A administração de vacinas deve ser concomitante a outros procedimentos do pré-natal e iniciada o mais precocemente possível. Na imunização do recém-nascido a maternidade deverá garantir as vacinas BCG e hepatite B antes da alta da mãe e do recém-nascido.

A suplementação de ferro e sulfato ferroso e ácido fólico é extremamente importante durante a gestação e indicado para as gestantes a cada mês (30 comprimidos de sulfato ferroso e 30 comprimidos de ácido fólico) ou de acordo com o calendário do pré-natal; já as mulheres até o 3º mês pós-parto – a cada mês (30 comprimidos de sulfato ferroso), Orientá-las a tomar o suplemento no mesmo horário todos os dias, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da refeição), de preferência com suco e nunca com leite; se esquecer, tomar logo em seguida. Orientar a gestante da importância da suplementação (BRASIL, 2005).

Segundo Santos e Pereira (2007), o ácido fólico é o mais importante fator que diminui os riscos para os defeitos do tubo neural identificado até hoje. Segundo

Asperhein (2003, p. 62), o ácido fólico é importante principalmente para gestantes, as evidências indicam que a profilaxia com ácido fólico iniciada pelo menos um mês antes da gravidez e mantida no seu início pode reduzir a incidência de defeitos do tubo neural (DFTN) que são má formações congênitas resultantes do fechamento incorreto ou incompleto do tubo neural entre a terceira e quarta semana do desenvolvimento embrionário e englobam a anencefalia, encefalocele e espinha bífida. Segundo a Revista Boa Saúde (2003) o ferro é um nutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese (fabricação) das células vermelhas do sangue e no transporte do oxigênio para todas as células do corpo, o resultado indesejável da deficiência de ferro na infância poderá repercutir negativamente no desenvolvimento escolar e, tardiamente, na inserção do indivíduo no mercado de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs adequar o protocolo de assistência no pré-natal de risco habitual no município de Juatuba, tendo em visto a necessidade encontrada pelos profissionais atuantes na atenção básica voltados para a saúde da mulher. A elaboração se deu após reunião com as equipes de saúde e assim observou-se a necessidade de adequação do protocolo. Foi ouvida a fala de diferentes atores neste processo (enfermeiro, médico, agente de saúde, técnico de enfermagem, dentista, equipe multidisciplinar e gestão), e levada em consideração a visão real de cada um, a técnica, humanização e legislação. À medida que o atendimento se torna uniformizado segue normas, rotinas e fluxos as ações não se perdem. Entende-se que o protocolo serve de base e respaldo legal para realização de nossas ações.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, S. M.; SILVA, M. E. D.; MORAES, R. C.; ALVES, D. S. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n.2, p.61-67, jul./ dez. 2010.

ASPERHEIN, M. K. **Farmacologia para enfermagem**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 256p.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.596-604, mar, 2009.

BOA SAÚDE. **Os benefícios do ácido fólico**: a vitamina pode diminuir o risco de malformação congênita. 2003. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3942&ReturnCatID=1775>>. Acesso em: 07 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. 3. ed. Brasília: SPS/Ministério da Saúde, 2000. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva **Manual Operacional Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno n. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISPRENATAL**: sistema de pré-natal. 2013. Disponível em: <[http://sisprenatal.datasus.gov.br / SISPRENATAL / index.php?area=01](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01)>. Acesso em: 08 ago. 2013.

CAMPOS, F.C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Decreto N. 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Publicado no DOU de 09.06.87, seção I – fls. 8.853 a 8.855. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 30 mar. 2013.

DATASUS SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. Consolidado de 2012a. Secretaria de Assistência Saúde/DAB – município Juatuba/MG. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

DATASUS SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. Produção de 2012b. Secretaria de Assistência Saúde/DAB – município Juatuba/MG. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

DUPIN, J. **A importância do aleitamento materno e as principais causas do desmame precoce no Brasil**. 2011. 48f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2011.

FISCHER, B. **Bebês e gravidez**; ponto de vista alterações fisiológicas durante a gestação. 2003. Disponível em: <[http://www.saudeemmovimento.com.br / conteudos / conteudo_frame.asp?cod_noticia=1266](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=1266)>. Acesso em: 28.jun. 2013.

FRANZA, A. B.; PORTO, F.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. Gestação e parto. In: FIQUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A.. (Coord.). **Tratado prático de enfermagem**. 2.ed. São Caetano do Sul, SP: Yends, 2008.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; DÁVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

LEOCADIO, A. S. **Enfoque respiratório no período gestacional**. 2007. 43f. Monografia (Conclusão do Curso de Fisioterapia) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2007.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84p.

MINAS GERAIS. Portal da Saúde. Profissional e gestor. **Rede Cegonha**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br / PORTAL / SAUDE / GESTOR / AREA. CFM? ID_ AREA=1816>. Acesso em: 21/06/2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Cartilha da Gestante**. Viva a Vida. Programa de redução da mortalidade infantil e materna. Belo Horizonte, s.d.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Mães de Minas: a vida merece esse carinho**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <redemaesdeminas.com.br/>. Acesso em: 08 ago. 2013.

MISODOR - Centro de Estudos e Treinamento on line. **O primeiro exame da grávida** (consulta pré-natal). Disponível em: <<http://www.misodor.com / PRENATAL.php>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

OLIVEIRA, A. M. S. D. **Efeitos do tratamento periodontal não-cirúrgico na condição clínica e na ocorrência de parto pré-termo e/ou baixo peso ao nascimento**. 105f. 2007. Tese (Doutorado em Periodontia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

OLIVEIRA, P.; RITTO, C. Maternidade. **O parto normal em extinção no Brasil**. 31/03/2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-parto-normal-em-extincao-no-brasil>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 1, p. 113-124. 2008.

PARIZOTO, G. M.; PARADA, C. M. G. L.; VENÂNCIO, S. I.; CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, v.85, n.3, p. 201-208, 2009.

PICON, J. D.; SÁ, A. M. P. O. A. Alterações hemodinâmicas da gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v.14, n.05, p.1-3, Maio - Ago. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Assistência à mulher no pré-natal de risco habitual do município de Betim.** Betim/MG, 2005.

SANTOS, L. M. P.; PEREIRA, M. Z. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, Jan., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 11/05/2012 Às 12:27 hs.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. Organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Infecção humana pelo vírus influenza A (H1N1)**. Novo subtipo viral. São Paulo, 11 de agosto de 2009.

SCHIRMER, J. et al. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000. 66p.

TANAKA, A.C. d' A. Mortalidade Materna. In: Rocha MIB da; Araújo MJ de (Coord. Geral) **Dossiês sobre Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Rede Feminista de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2003/tan001.pdf> >. Acesso em: 27 maio de 2012.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011.

VIEIRA, C. S.; M. B. BRITO; YAZLLE M. E. H. D. Contracepção no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.30, n.9, p.470-479, 2008

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: COOPMED, 2009.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, n.5, p.595-602, set-out. 2008.

ANEXO A – CARTÃO DA GESTANTE

Cartão da Gestante

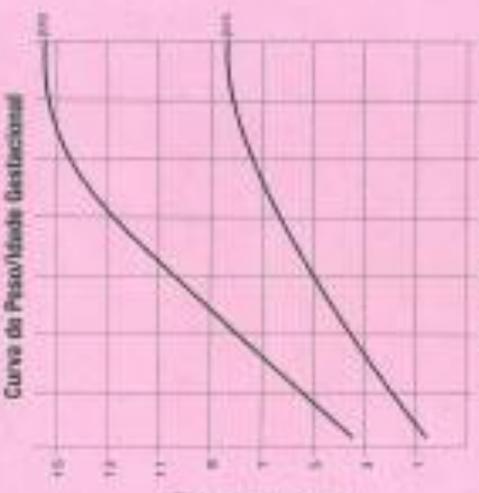


Nome: _____
 Endereço: _____
 Município: _____
 V. do Sítio/Estado: _____

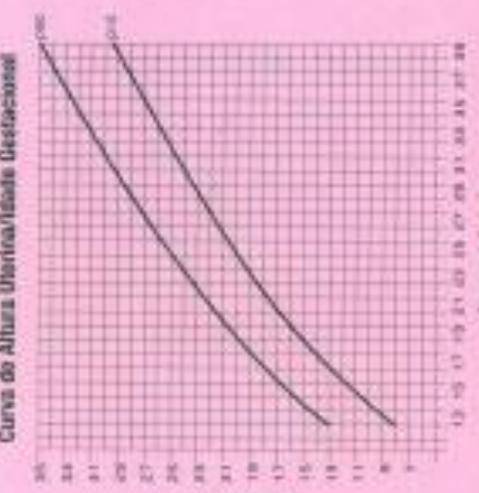
AGENDAMENTO

Data	Hora	Nome do Profissional	Escala

Basta preencher o nome, o endereço, o município e o V. do Sítio.



Curva da Peso/Mês Gestacional



Curva do Altura Ultrina/Tidade Gestacional

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado

Data	Peso (Kg)	Pressão	Líquido

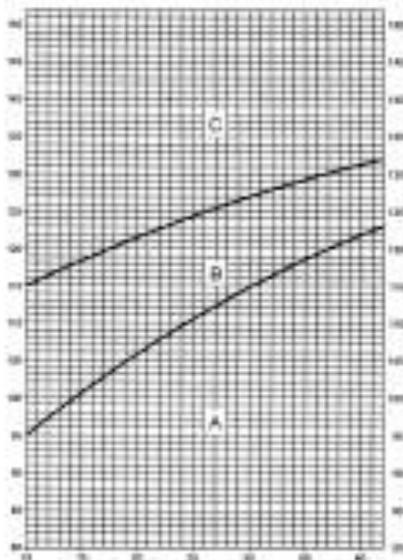
ULTRA-SONOGRAFIA

Data	Resultado	Data	Resultado

Data	Resultado	Data	Resultado

CURVA DE PESO / IDADE GESTACIONAL

N. (Porcentagem do peso materno em relação ao peso idealístico)

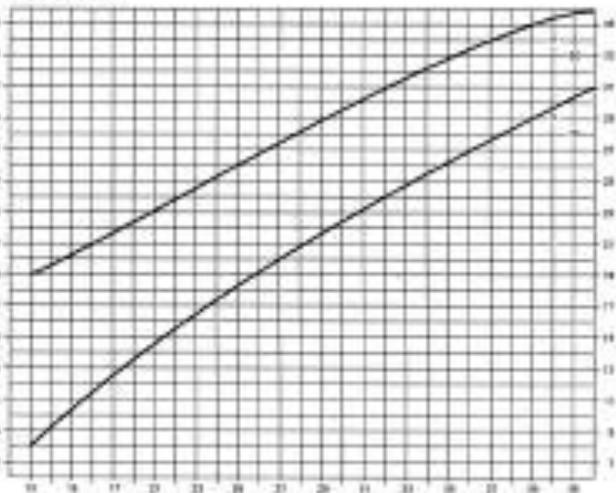


Semanas de Gestação

A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso

CURVA ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL

cm (Altura uterina)



Semanas de Gestação

Estatura _____ cm

Diagnóstico e observações: _____

PARTO		Data ____/____/____	Local: _____	Data de Alta: ____/____/____
Esposidines <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Intercorridas: _____		
Estivo ou induzido <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>			
Epitocmia <input type="checkbox"/>	Fórceps <input type="checkbox"/>			
Intocia <input type="checkbox"/>	Outra _____			
RECÉM-NASCIDO	Vivo <input type="checkbox"/>	Morto <input type="checkbox"/>	Sexo: _____	Peso ao nascer: _____ g
				Comprimento: _____ cm
Patologia: Sim <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	Apgar 1' _____	5' _____	Pró-temo: _____ sem.
				Pró-temo: _____ sem.
				Pró-temo: _____ sem.
Multemage: Sim <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	Aloj. conjuro: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Data e peso na alta: _____
Especificar: _____				Condições de alta: _____
PUERPÉRIO NA MATERNIDADE		Hemorragia <input type="checkbox"/>	Infeção <input type="checkbox"/>	Mamas: _____
				Data de alta: ____/____/____
Outros: _____				
CONSULTA DE PUERPÉRIO				
Data ____/____/____				
Quelias: _____				
PA: _____	Mucosas: _____	Mamas: _____	Abdomen: _____	Perineo: _____
Toque Vaginal: _____				
Colo Uterino: _____				
Ex. a Fresco/Cit. Onológica: _____				
Asterisco: Mameo <input type="checkbox"/>				
Mato <input type="checkbox"/>				
Artificial <input type="checkbox"/>				
Condição atual da criança: Boa <input type="checkbox"/>				
Doente <input type="checkbox"/>				
Óbito <input type="checkbox"/>				
(Óbito a menos de 7 dias: Sim <input type="checkbox"/>				
Não <input type="checkbox"/>)				
Orientações - Tratamentos - Ex. Laboratoriais - Anticoncepção: _____				

ANEXO C – SISPRENATAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Nº da Gestante no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF	
	Código da Área	Microrregião
9. Nome da Gestante	10. Data de nascimento	
11. Nome da Mãe da Gestante		
12. Endereço Residencial		
Número	Complemento	Bairro
Município	CEP	

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

13. Nº do Cartão SUS	14. Nº do CPF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento	Unidade	Fólio
16. Identidade	Código Emissor	
17. Carteira de Trabalho	Série	UF
18. Data da 1ª Consulta de Pré-natal	19. Data da Última Menstruação	
20. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	21. Atividade Profissional do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	

* Preencher no campo 21 o código de atividade da profissional responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
 01 - Enfermeira; 02 - Obstetriz; 03 - Enfermeira de PSF; 04 - Médica de Saúde Comunitária; 05 - Enfermeira de Saúde;
 06 - Obstetriz; 07 - Médico de PSF; 08 - Obstetriz/Obstetra; 09 - Enfermeira de PACS; 10 - Médica qualquer especialidade.