



PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO NA REDE BÁSICA

PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

À Unidade Básica de Saúde compete:

- Rastrear todas as gestantes da região para que nenhuma fique sem pré-natal;
- Facilitar o início precoce do pré-natal;
- Prestar assistência pré-natal, de preferência Multiprofissional, a todas as gestantes da região.
- Abrir espaço para agendamento a curto prazo (Acolhimento);
- Agendar as visitas das gestantes à Maternidade de referência;
- Propiciar a presença de acompanhante nas consultas de pré-natal;
- Garantir a consulta de puerpério entre 7 a 10 dias após o parto;

As consultas devem ser mensais até a 32ª semana; quinzenais entre 32 e 36 semanas; e semanais no último mês e em hipótese alguma dar "alta" do pré-natal;

Considerando como objetivo humanizar o atendimento prestado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e visando a redução da mortalidade e da morbidade materna e do recém-nascido, é necessário na prática a identificação dos fatores de risco nas gestantes e prestar os cuidados de pré-natal ou encaminhá-las à Referência quando for o caso, de acordo com o que for pactuado a nível local:

FATORES DE RISCO DE MAIOR INCIDENCIA	FATORES DE RISCO COM MAIOR RECORRENCIA (se repetem em gestações futuras)
<ul style="list-style-type: none">- Síndrome Hipertensiva ou Hemorrágica em gestação anterior- Aborto inseguro (Gravidez indesejada)- Hipertensão arterial crônica- Cardiopatia- Diabetes- DST – AIDS (Transmissão vertical)- Gemelaridade ;- Infecção do trato urinário;	<ul style="list-style-type: none">- Morte Perinatal (explicada ou não)- Recém nascido de Baixo Peso (< 2500 g)- Recém nascido Prematuro (< 37 semanas)- Recém nascido com malformações- Abortos de repetição (dois ou mais abortos)



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Área Temática de Saúde da Mulher - PROJETO NASCER BEM

<ul style="list-style-type: none">- Multiparidade (4 ou mais Partos)- Idade > 35 anos;- Intervalo interpartal < que 2 anos ou > que 5 anos;- Dependência de Drogas (Ilícitas ou não, incluindo Álcool);- Tabagismo (dez ou mais cigarros ao dia);- Peso corpóreo < que 45 Kg ou > que 75 Kg;- Cirurgia uterina anterior ou 2 cesáreas anteriores ou mais;- Outras doenças crônicas maternas;	<ul style="list-style-type: none">- Hum ou mais abortos tardios (entre 12 e 20 semanas) - Situação de Violência
--	--

Obs.: As gestantes que completarem 40 semanas serão encaminhadas ao Hospital de Referência para avaliação , não sendo necessariamente caracterizadas como alto risco e tampouco devem receber alta do pré-natal.

Encaminhar para atendimento de Urgência / Emergência os casos de (após passar em consulta médica na Unidade Básica):

- Trabalho de Parto;
- Hemorragia genital;
- Amniorrexe prematura;
- Febre;

Condições mínimas de atendimento para **todas** as gestantes :

- 1) Prontuário unificado e preenchido corretamente;
- 2) Carteira da gestante obrigatória, identificada, através de etiqueta adesiva, com o nome da Maternidade de Referência para o parto e completamente preenchida (inclusive o nome da Unidade de Saúde);
- 3) Exames de rotina :
 - ABO + Fator Rh
 - Hemograma completo
 - VDRL (no 1º e no 3º trimestre com 30 semanas)
 - Anti HIV (no 1º e no 3º trimestre com 30 semanas)
 - Urina tipo 1 (no 1º e no 3º trimestre com 30 semanas)



- UROCULTURA no 3º trimestre
- Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)
- Sorologia para Rubéola (IgG e IgM) se não tiver sido vacinada
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg e Anti HBc) se não tiver sido vacinada contra Hepatite B;
- Protoparasitológico
- Colpocitologia oncológica (Papanicolau)
- Ultra – Sonografia Obstétrica: pelo menos uma na 1ª metade da gestação (antes de 20 semanas)
- Glicemia de jejum (Normal até 90 mg/dl). Se a gestante tiver 2 ou mais fatores de risco* para Diabetes Gestacional, repetir glicemia de jejum a partir de 20 semanas (Obs.: glicemia de jejum = ou > 126 mg/dl = Diabetes - Encaminhar para Referência);
- Se a glicemia de jejum estiver entre 90 e 125 mg/dl ou com 2 ou mais fatores de risco* para Diabetes Gestacional - Solicitar GLT de uma hora (Glicemia 1 hora após 50 g de Glicose, cujo valor normal é abaixo de 130 mg/dl);
- Se a 1ª GLT estiver normal, repetir GLT de 1 hora entre 24 e 28 semanas. Se > 130 mg /dl Encaminhar para Referência para seguir com rastreamento com GTT ou GLT de 2 horas;
- Imunização: Vacina Dupla Adulto - 3 doses

***FATORES DE RISCO PARA DIABETES GESTACIONAL**

Idade > 35 anos

Obesidade

Hipertensão arterial crônica

Antecedente Familiar de D.M. em parentes de 1º grau (Pais, Filhos, Irmãos)

Antecedente Obstétrico de natimorto ou óbito neonatal s/ causa definida

Antecedente de feto com malformações , macrossomia, polihidrânio ou abortamento habitual

História de Diabetes em gestação anterior

Gestação atual com macrossomia, polihidrânio ou malformação



Cuidados nutricionais para todas as gestantes :

Suplementação de ferro: 30 mg / dia a partir do 2º trimestre (a gestante é vulnerável à anemia ferropriva) = Código REMUME Sulfato ferroso 40 mg drg ou comp = B03AA07

Suplementação de Ácido fólico: 300 a 400 mcg/ dia (deficiência associada a defeitos do tubo neural do feto) = Código REMUME Ácido fólico 5 mg comp. =B03BB01

A dieta da gestante deve ser fracionada (5 a 6 refeições /dia) , em horários regulares e deverá conter :

- . 4 a 5 copos (200 ml) de leite ou laticínios;
- . 2 porções de carnes;
- . vegetais folhosos(de folhas verde-escuras) e outras hortaliças;
- . 3 unidades ou porções de frutas cítricas;
- . 2 porções ou unidades de outras frutas;
- . Porções adequadas de leguminosas e alimentos ricos em carboidratos;

Problemas nutricionais comuns:

- Azia ou empaxamento : recomendar maior fracionamento das refeições , ingestão de líquidos apenas entre as refeições , deitar somente duas horas após se alimentar evitar consumo de refrigerantes ,chocolates, frutas ou sucos de frutas ácidas, bicarbonato de sódio e o fumo.

- Náuseas e vômitos : manter bolachas ou torradas próximas à cama para ingestão antes de levantar , refeições pequenas e freqüentes , líquidos entre as refeições , frutas ácidas; evitar alimentos condimentados ou gordurosos , café, mate e o fumo.

- Constipação intestinal no final da gravidez e hemorróidas : consumir 30 gramas de fibras por dia , ingestão elevada de líquidos e atividade física.



PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO NA REDE BÁSICA

PROTOCOLO CLÍNICO DE DOENÇAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

Infecção urinária na gestação

1 – Bacteriúria Assintomática

Definição : urocultura positiva com mais de 100.000 colônias /ml do mesmo germe .

Tratar de imediato , pois pode desencadear Trabalho de Parto Prematuro ou Pielonefrite .

Tratamento da Bacteriúria Assintomática e de casos leves (Cistites) = como o germe mais comum é a E. coli:

1ª escolha : Nitrofurantoína (Macrodantina)= (Código REMUME G04AC01) exceto no último mês de gestação = 100 mg V. O.6/ 6h

2ª escolha : Cefalexina (Keflex) = (Código REMUME J01DA01) = 500 mg V . O . 6/ 6 h ou Amoxicilina = (Código REMUME J01CA04) 500 mg V. O. 6/6 h

Duração do tratamento : 10 dias .

Controles : Nova Urocultura 15 dias após o término do tratamento
Se positiva, novo tratamento baseado no Antibiograma.

Nova Urocultura 15 dias após o término do 2º tratamento

Positiva-se, encaminhar para referência de Urologia.

2 - Casos mais graves (p. ex. : Pielonefrite Aguda)

Gestante com queixas urinárias , febre , desidratada , Sinal de Giordano + e estado geral comprometido :

Encaminhar ao Hospital de Referência para Internação, Hidratação E.V. e Antibioticoterapia E.V.

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO

Da primeira metade : - Abortamento

Abortamento habitual

Prenhez ectópica

Neoplasia trofoblástica gestacional benigna

Descolamento cório amniótico



Da segunda metade :

- Placenta prévia
- Descolamento prematuro da placenta
- Rotura uterina

HEMORRAGIAS DA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO

Abortamento

Conceito : morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação , é precoce quando ocorre até a 13ª semana e tardio, quando ocorre entre 13ª e 22ª semanas.

Diagnóstico : Clínico = Atraso menstrual, perda sanguínea uterina e cólicas.
Exame especular : visualização do colo uterino, origem do sangramento , fragmentos ovulares no colo e vagina;

Toque vaginal : Colo fechado + Ultra sonografia com bcf +
= Ameaço de Abortamento = Repouso, Abstinência sexual por 7 dias após cessado sangramento e antiespasmódicos. Acompanhamento na Rede Básica.

Colo fechado+ US sem bcf = Aborto retido = Esvaziamento
Encaminhar ao Hospital de Referência

Colo dilatado = Abortamento inevitável + US
Completo = Acompanhar na Rede Básica
Incompleto = Esvaziamento
Encaminhar ao Hospital de Referência

Abortamento incompleto infectado (febre +secreção uterina com odor fétido): Em geral ocorre na mulher vítima de aborto inseguro (Aborto provocado com manipulação não estéril da cavidade uterina)

É GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA e não ocorrência policial.

A mulher vitimada deve ser tratada de forma digna e não preconceituosa.

Encaminhar ao Hospital de Referência com urgência para o tratamento adequado.

Abortamento habitual

Conceito: ocorrência de três ou mais abortamentos consecutivos

O casal deve submeter-se a investigação no intervalo intergestacional para se saber a causa possível e tratamento adequado



Encaminhar ao Serviço de Referência (Ambulatorial ou Hospitalar)

Aborto legal

Conceito : é o aborto permitido pela legislação brasileira , em duas eventualidades :

- 1) Não há outro meio de salvar a vida da gestante
- 2) A gravidez é resultante de estupro, após consentimento da gestante ou seu representante legal, quando é incapaz.

Encaminhar aos Serviços que atendem a mulher vítima de estupro e fazem aborto legal.

Gravidez ectópica

Conceito : é a nidação do ovo fora da cavidade uterina.

Diagnóstico: Clínico (atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina, dores no baixo ventre, exame especular : presença de sangramento , mucosas descoradas , sinais de irritação peritoneal etc e ao toque vaginal percebe-se amolecimento do colo , aumento de volume do útero , dor à palpação anexial que também pode apresentar tumoração) .

Laboratorial : Teste positivo de gravidez (Beta hCG na urina ou no sangue)

Ultra-sonográfico : presença de tumor anexial ,líquido livre em fundo de saco posterior (se não US acessível , pode-se fazer a punção de fundo de saco vaginal posterior , à procura de sangue na cavidade abdominal , em ambiente hospitalar).

Conduta : Geralmente cirúrgica = Encaminhar ao Hospital de Referência .

Mola Hidatiforme

Conceito: Tumor funcionante , derivado do tecido trofoblástico, produtor de gonadotrofina coriônica (hCG).

Diagnóstico : Sangramento genital no 1º trimestre , Pré- eclampsia precoce. Ao US imagens típicas de mola, "em flocos de neve".

Conduta : Encaminhar ao Hospital ou Centro de Referência para esvaziamento e seguimento pós molar.



Descolamento Cório – Amniótico

Conceito : Sangramento genital de pequena monta e que ao exame de US mostra área de descolamento cório-amniótico . A evolução é boa.

Conduta : conservadora , esclarecimento da gestante .

HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

Placenta Prévia

Conceito : É a implantação da placenta , inteira ou parcialmente, no segmento inferior do útero , a partir da 22ª semana .

Classificação :

Total : recobre toda a área do orifício interno do colo do útero.

Parcial : recobre parcialmente o orifício interno do colo do útero

Marginal:a margem placentária atinge a borda do orifício interno, sem ultrapassá-lo .

Diagnóstico : Clínico (perda sanguínea via vaginal, indolor, súbita, de cor vermelho-viva,em geral de pequena quantidade ,não acompanhada de dor. É episódica , recorrente e progressiva . Volume e tono uterino normal , batimentos cardíacos do feto presentes) e Ultrassonográfico (confirma diagnóstico clínico e localização placentária) .

Conduta : Não fazer toque vaginal (exceto em ambiente cirúrgico).

A gestante com episódios hemorrágicos deve ser encaminhada ao Hospital de Referência para internação, repouso e reposição das perdas sanguíneas.

Entre a 28ª e a 34ª semanas indica-se o uso de corticóides para aceleração da maturidade pulmonar fetal conforme esquema abaixo:

	DOSE	TOTAL DE DOSES	INTERVALO
BETAMETASONA	12,0 mg I.M.	2	24 horas
DEXAMETASONA	6,0 mg I.M.	4	12 horas

Repetir o esquema 7 dias após . A repetição de mais ciclos deve ser individualizada , sendo admitido no máximo 3 ciclos.

A antecipação e a via de parto dependerá do caso.



Descolamento prematuro de placenta

Conceito : É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestação de 22 ou mais semanas. É responsável por altos índices de mortalidade materna e perinatal.

Associa-se à hipertensão arterial, anemia, desnutrição, fatores mecânicos (traumatismos, brevidade do cordão, torção do útero gravídico, etc), fatores placentários (placenta circunvalada, infartos, etc) e por último, ao uso de drogas ilícitas.

Diagnóstico : Clínico (Dor abdominal súbita , perda sanguínea de cor vermelho-escura via vaginal e em quantidade pequena, incompatível com o quadro materno de hipotensão ou choque; algumas vezes o sangramento é oculto. O útero apresenta-se hipertônico ,doloroso,sensível à palpação . Os batimentos cardíacos fetais em geral não são mais audíveis . Pode haver quadro materno de choque e coagulopatia).

Ao US (quando possível fazê-lo) vê-se área retroplacentária hipocogênica (correspondente ao hematoma retroplacentário).

Conduta : É um quadro grave , que se surgir em Unidade da Rede Básica , deve ser removida de imediato ao Hospital de Referência.

Rotura Uterina

Conceito:Trata-se da rotura completa ou incompleta da parede uterina, sobretudo além da 28ª semana e durante o trabalho de parto, precedida por quadro clínico de iminência de rotura uterina, o que facilita sua prevenção (por isso, sua frequência representa um indicador da qualidade da assistência obstétrica prestada).

Causas mais freqüentes:

- Hipercontratilidade uterina (inclusive iatrogênica por uso de ocitócico ou misoprostol) em paciente com cirurgias uterinas anteriores (cesárea corporal e miomectomias).
- Cicatrizes de cesárea corporal anterior .
- Insistência no parto via baixa em casos de Desproporção céfalo-pélvica não diagnosticada (Parto obstruído ou não uso de Partograma).
- Traumas externos
- Manobras de versão externa/interna feitas de forma tempestiva.



Prefeitura do **Município de São Paulo**
Secretaria **Municipal da Saúde**
Coordenação de **Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest**
Área Temática de **Saúde da Mulher - PROJETO NASCER BEM**

Diagnóstico : Sinais de iminência de rotura uterina : contrações subentrantes intensas e excessivamente dolorosas ; Síndrome de distensão segmentar (Bandl- Frommel) : Sinal de Bandl (anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero) e Sinal de Frommel (ligamentos redondos retesados e desviados para a frente).

Rotura uterina instalada : Dor abrupta no hipogástrio , seguida de acalmia dolorosa transitória ; paralisação do trabalho de parto ; hemorragia (externa e/ou interna) de intensidade variável ; choque relacionado ao volume da hemorragia ; sinais de irritação peritoneal e deformidades abdominais (útero vazio e feto fora da cavidade – rotura completa) , feto superficial e com ausculta negativa , em geral .

Conduta : Tratamento cirúrgico (Remoção imediata ao Hospital de Referência).