



ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

2008

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA BH

A PREFEITURA FAZ. BH ACONTECE.

contra capa interna 1
em branco

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

PREFEITO

Fernando da Mata Pimentel

VICE-PREFEITO

Ronaldo Vasconcelos

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Helvécio de Oliveira Magalhães Junior

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA

Sônia Gesteira e Matos

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Virgílio Queiroz

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Alex Sander Ribas De Souza
Angela Maria Saldanha Rodrigues
Daniel Knupp Augusto
Fabiano Gonçalves Guimarães
Jaqueline Aparecida Da Silva Xavier
Lorena Souza Ramos
Luciano Freitas Souza
Marcia B. Magalhães
Maria Augusta Silveira Vieira (In Memoriam)
Maria Isabel Dias
Maria Tereza Alves Machado Rabelo
Marina Cruz Botelho
Milson Álvares Fonseca
Mírian Rêgo De Castro Leão
Mônica Lisboa Santos
Patricia Aliprandi Dutra
Silvana Almeida Coutinho D. Sousa
Simone Palmer
Soraya Almeida De Carvalho
Thatiana Malta Gomes
Virgílio Queiroz

EQUIPE DE REVISÃO:

Carmem Maia
Luciano Freitas Souza
Mônica Lisboa Santos
Rosa Marluce Gois de Andrade
Virgílio Queiroz

AGRADECIMENTOS

**ASSISTÊNCIA
AO PRÉ-NATAL**
**PROTOCOLOS
DE ATENÇÃO
À SAÚDE DA
MULHER** *2008*



Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde, ao longo do seu processo de organização, produção e oferta de serviços e ações de saúde, busca consolidar o Sistema Único de Saúde. Para isso, conta com o trabalho compartilhado de milhares de trabalhadores de diversas categorias profissionais e com o apoio da população que testemunha, dia a dia, os avanços conquistados a partir da construção e escrita compartilhada de cada página desta história.

Atualmente, empreendemos esforços no sentido de fortalecer a estratégia de Saúde da Família e qualificar as ações cotidianas das equipes que atuam na rede básica, o que certamente repercutirá de modo decisivo e positivo em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde. Uma das medidas adotadas para tal fim é a revisão e constituição de Protocolos técnicos, entendidos como dispositivos que explicitam um determinado arranjo institucional que auxilia a gestão do processo de produção de cuidado e organiza fluxos a partir da análise da dimensão das necessidades de usuários dos serviços e de comunidades.

Um protocolo, portanto, é um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços. Orienta os diferentes profissionais na realização de suas funções ante a complexidade dos problemas de saúde apresentados pela população, pautando-se em conhecimentos científicos que balizam as práticas sanitárias para coletividades e no modelo assistencial adotado. Isto significa que o Protocolo reflete a política assistencial assumida pela Secretaria de Saúde bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde e escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o processo de enfrentamento de problemas de saúde priorizados em cada época segundo sua magnitude.

Assim, um protocolo, por mais abrangente que seja, não abordará todas as situações decorrentes do modo de viver dos diferentes grupos sociais e que podem surgir no cotidiano dos serviços.

Este protocolo resulta do esforço de profissionais da rede e aborda especificamente a ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.

É uma aproximação com a dimensão e natureza das questões relativas à saúde da mulher e representa uma opção no sentido da padronização de ações e procedimentos para a qualificação da assistência a esse grupamento populacional.

Como ferramenta para impulsionar a construção coletiva de compromissos para mudar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, é um documento inacabado, com objetivo de estar sempre em aperfeiçoamento, à espera de contribuições de todos os comprometidos com a qualificação da assistência.

Página 06
em branco

Sumário

1 - Assistência ao Pré-Natal	09
1.2 - Acompanhamento da consulta de pré-natal	09
1.2.1 - Cronograma das atividades de rotina do Pré-Natal	10
1.2.2 - Exames Complementares	11
1.2.3 - Imunização da gestante	13
1.2.4 - Prevenção da Estreptococcia neonatal	13
1.3 - Classificação do Pré-Natal quanto ao Risco Gestacional	14
1.3.1 - Fatores de Risco que indicam Atenção Especial	14
1.3.2 - Fatores de Risco que devem ser encaminhados ao Pré-Natal de Alto Risco ou Urgência	15
1.4 - Orientações às Gestantes	16
2 - Avaliação dos Resultados de Exames e Condutas	18
3 - Intercorrências do Pré-Natal	24
3.1 - Hiperemese	24
3.2 - Infecção Urinária	24
3.3 - Síndromes Hipertensivas	25
3.4 - Doenças Infecciosas na Gestação	28
3.4.1 - Toxoplasmose	28
3.4.2 - Sífilis	29
3.4.3 - Herpes	31
3.4.4 - Cancro mole	31
3.4.5 - Leucorréias	31
3.4.6 - Cervicites	31
3.4.7 - Condiloma acuminado	31
3.4.8 - Parasitoses intestinais	32
3.5 - Síndromes Hemorrágicas	33

Sumário

4 - Vigilância e Promoção da Saúde	34
4.1 - Ações de vigilância e promoção da saúde	34
4.1.1 - Planejamento	34
4.1.2 - Vigilância	35
4.1.3 - Monitoramento e avaliação	35
4.1.4 - A) Saúde Mental	36
- B) Saúde Bucal	37
- C) Educação Continuada	38
5 - Aleitamento materno	40
5.1 - Cuidados com as mamas durante a gravidez	40
5.2 - Importância nutricional e psicológica da amamentação	40
5.3 - Cuidados necessários com a mama pós-parto e orientações	40
5.4 - Alimentos que devem evitados durante a lactação	41
5.5 - A lactação protege os bebês contra infecções	41
5.5 - A lactação protege os bebês contra infecções	41
5.6 - Quando o bebê deve ser alimentado	41
6- Organização da assistência	42
6.1 - Atribuições dos profissionais	42
6.1.1 - Atribuições comuns	42
6.1.2 - Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde	43
6.1.3 - Atribuições dos Auxiliares de Enfermagem	43
6.1.4 - Atribuições dos Enfermeiros de Saúde da Família	44
6.1.5 - Atribuições dos Médico de Saúde da Família	44
6.1.6 - Atribuições do Médico Ginecologista	45
7- Bibliografia	46

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

INTRODUÇÃO

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais da Atenção Básica no seu dia-a-dia, na assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas.

A busca constante do conhecimento e da atualização científica é um dos pilares de nossa atuação profissional. O primeiro passo neste sentido foi dado, na elaboração de um protocolo o mais completo e objetivo possível, fruto de trabalho coletivo de um grupo de profissionais de nossa rede orgânica envolvidos com as questões referentes à Saúde da Mulher. Dentro da ótica da assistência qualificada durante o Pré-Natal o Puerpério, deve-se considerar especial atenção à população de baixa renda exposta a situações de risco, parcela importante do público de nossa rede assistencial. A ESF deve também conhecer e estar sensibilizada com os agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. Por exemplo: na população negra há maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna. A discriminação é de caráter positivo buscando maior atenção aos segmentos populacionais com maior vulnerabilidade, no caminho da equidade. Sabemos que muito ainda poderá ser feito no futuro, para melhorar ainda mais este instrumento e temos o compromisso de revisá-lo e promover as atualizações necessárias periodicamente.

1.2 - ACOMPANHAMENTO DA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

1.2.1 - Cronograma das atividades de rotina do pré-natal

As atividades de rotina do controle pré-natal estão relacionadas na tabela a seguir, com o objetivo de possibilitar ao pré-natalista uma visão rápida das práticas a serem realizadas em cada consulta.

Um número maior de consultas, a repetição de exames complementares ou a realização de exames específicos pode ser necessária, dependendo das necessidades individuais da mulher ou de intercorrências apresentadas durante a gestação.

Quando ocorrer o ingresso tardio no controle pré-natal, as atividades correspondentes às consultas anteriores devem ser realizadas de acordo com a necessidade e com o objetivo de se cumprir as ações preconizadas no calendário a seguir (pág. 10).

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Cronograma das atividades de rotina do pré-natal

Atividades de rotina / Consultas - Idade gestacional	1ª (até 20 s)	2ª (21-24 s)	3ª (25-28 s)	4ª (29-32 s)	5ª (33-36 s)	6ª (37-40 s)	41 s
Anamnese	X						
Exame clínico-geral	X						
Inspeção da pele e mucosas	X	X	X	X	X	X	X
Exame ginecológico (exame especular)	X						
Exame ginecológico (toque vaginal)	X					X	X
Coleta de material p/ citologia cervical oncológica se necessário	X						
Exame odontológico	X						
Cálculo da idade gestacional	X	X	X	X	X	X	X
Ultrassonografia	X					X (40 sem)	
Determinação do GS e fator Rh	X						
Pesquisa de Coombs indireto para gestante Rh negativo		X	X	X	X		
Determinação de Hb e Ht	X						
Pesquisa de urina rotina e urocultura	X			X			
Pesquisa de glicemia de jejum	X						
Rastreamento de diabetes gestacional (TTGO)		X					
Pesquisa para Hepatite B (HBsAg)				X			
Pesquisa para HIV (anti-HIV)	X			X			
Sorologia para sífilis	X			X			
Pesquisa sorológica para toxoplasmose (IgG/IgM)	X		X (gestante susceptível)		X (gestante susceptível)		
Palpação obstétrica (determinação da situação/posição/apresentação fetal)				X	X	X	X
Avaliação do crescimento fetal (determinação da altura uterina)	X		X	X	X	X	X
Avaliação da vitalidade fetal (determinação da FCF e MF)	X	X	X	X	X	X	X
Mobilograma						X	
Avaliação dos níveis pressóricos (determinação da PA)	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa de edema	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do estado nutricional (determinação do IMC)	X	X	X	X	X	X	X
Sulfato ferroso/ác. fólico	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação antitetânica (gestante não imune)	X	X	X		X (até 20 dias antes do parto)		
Registro das avaliações no cartão	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de risco	X	X	X	X	X	X	X
Educação para saúde	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhar para maternidade de referência							X

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

1.2.2 - Exames complementares

Objetivos de se realizar exames laboratoriais e rotinas durante a gestação:

- Pesquisar possível incompatibilidade sangüínea materno-fetal-neonatal
- Detectar e prevenir precocemente a anemia materna
- Prevenir as consequências maternas e perinatais das principais DSTs e doenças infecciosas (Toxoplasmose, HIV, Hepatite B, Sífilis) que possam ser tratadas durante a gestação e puerpério
- Rastrear Diabetes Mellitus
- Rastrear proteinúria, glicosúria e corpos cetônicos na urina
- Identificar e tratar as infecções do trato urinário
- Prevenir o tétano neonatal e puerperal.

Na primeira consulta, solicitar de rotina:

- Hemograma
- Grupo sangüíneo e fator Rh
- Sorologia para sífilis (repetir próximo à 30ª semana)
- Glicemia em jejum (repetir rastreamento entre a 24ª - 28ª semana)
- Urina rotina (repetir próximo à 30ª semana)
- Urocultura
- Sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste” (Repetir próximo à 30ª semana)
- Sorologia para toxoplasmose: IgG e IgM: Repetir trimestralmente se a gestante for susceptível

A Sorologia para Hepatite B (HBsAg) deve ser realizada de preferência próximo à 30ª semana de gestação. O HbsAg (Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B) é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda e desaparece com a cura.

Outros exames devem ser acrescentados à rotina mínima durante o Pré-Natal:

- Colpocitologia oncótica:

Muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas durante o período em que fazem o Pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações de rastreamento vigentes no Protocolo do MS-INCA.

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

– Ultra-sonografia obstétrica:

Recomendada a sua realização em torno de 20 semanas de gestação.

Obs:

A ultra-sonografia de rotina durante a gestação, permanece controversa. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos.

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultra-sonográfico mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto.

Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com doppler possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

Situações para realização Ultra-Som obstétrico fora da rotina (consideradas **alta prioridade**):

- Gestações de 40 semanas, em acompanhamento Pré-Natal
- Suspeita de Crescimento Intrauterino Restrito e Oligodrâmnio
 - Consideradas urgência → Agendamento direto no mesmo dia, ou no dia seguinte.
- Gestantes com cardiopatia, nefropatia, doenças de colágeno, diabetes, tireopatias, pneumopatias, anemias graves, epilépticas, ameaça de trabalho de parto prematuro (enquanto aguardam agendamento nos Serviços de Pré-Natal Alto Risco)
- Câncer e gestação
- Suspeita de macrosomia e/ou polidrâmnio
- Gravidez inicial com sangramento genital sem causa conhecida (excluir: ectópica, missed)

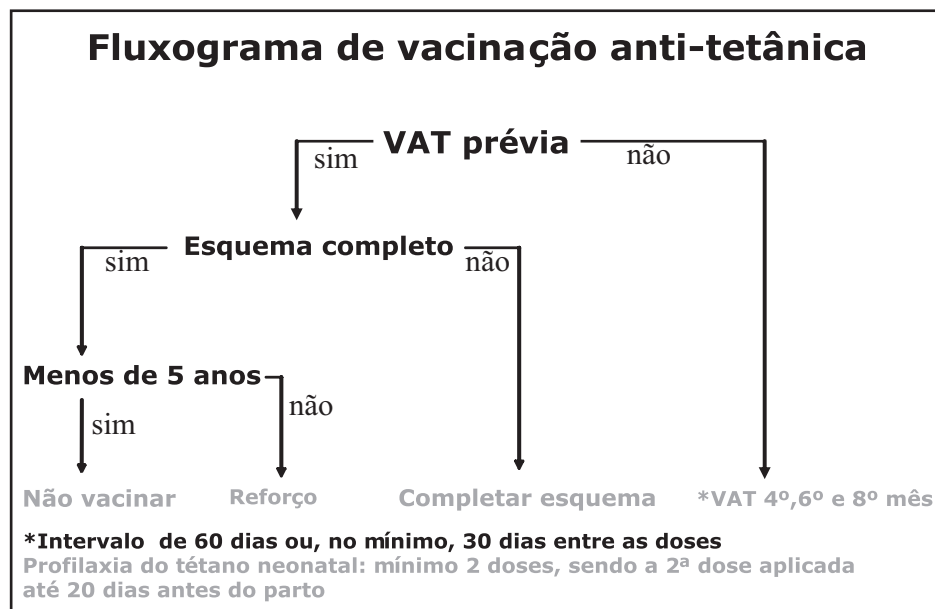
– Sorologia para Rubéola:

Quando houver sintomas sugestivos e/ou contatos suspeitos.

Fazer nas gestantes não vacinadas e nas sabidamente não imunes.

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

1.2.3 - Prevenção do Tétano Neonatal – Imunização Antitetânica



1.2.4 - Prevenção da Estreptococcia Neonatal

A infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B (GBS) é reconhecida atualmente como fator de risco para trabalho de parto prematuro, infecção puerperal precoce e sepse neonatal com alta taxa de mortalidade (65%) (Ritchman, 1996). Em cada 1000 gestantes infectadas, 26 apresentam partos abaixo de 32 semanas de gestação.

A colonização vaginal ocorre em 12,3% das gestantes admitidas em serviços hospitalares (Ritchman, 1996) e a grande maioria delas são assintomáticas (Honig, 1999). A ascensão do microrganismo pelo canal cervical leva à infecção das membranas fetais, ao início de trabalho de parto e parto prematuro.

A contaminação provém do reto ou por contato sexual.

As recidivas são freqüentes, o que exige o acompanhamento contínuo de gestantes portadoras do GBS. A infecção materna ocorre em até 24 horas após o parto e leva à deterioração rápida do estado geral com febre alta (> 38°C), calafrios, taquicardia e útero doloroso à palpação. O diagnóstico é feito pela cultura da secreção vaginal coletada no terço inferior da vagina, na região anal e orofaringe. Entretanto, como o exame de cultura ainda não é realizado pela Rede da SMSA, recomenda-se a utilização de

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

critérios de risco para a indicação da profilaxia intra-parto, segundo diretrizes do MS.

Como a profilaxia intraparto da infecção por GBS reduz o risco de infecção neonatal em 85% dos casos, recomenda-se a antibioticoterapia profilática para as gestantes com os seguintes fatores de risco para infecção por GBS:

- Antecedentes de infecção de recém-nascido pelo GBS
- Amniorrexe prematura por mais de 18 horas
- Trabalho de parto prolongado
- Trabalho de parto prematuro em gestante com menos de 37 semanas de gestação
- Temperatura materna > 38°C
- Gestantes com história de infecção urinária por GBS, mesmo com tratamento anterior.
- Gestantes com cultura de urina, vaginal ou retal positiva para GBS

Compete ao Hospital de Referência fazer antibioticoterapia profilática intraparto nos casos descritos anteriormente

1.3 - CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL QUANTO AO RISCO GESTACIONAL

Para haver controle de pré-natal de qualidade, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta.

É indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta.

A equipe do Centro de Saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade até a efetivação do referenciamento.

1.3.1 - Fatores de risco para a gestação atual que indicam atenção especial, com as gestantes permanecendo sob os cuidados da ESF, flexibilizando o calendário de consulta.

1 - Características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis

- Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico e carga horária excessivos, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos
- Gravidez não programada, principalmente em adolescente
- Transtornos mentais: vide vigilância saúde mental
- Baixa escolaridade (< Que 5 anos de estudo)
- Condições ambientais desfavoráveis
- Altura menor que 1,45 m

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

- Peso menor que 45 kg ou maior que 75kg
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas *

2 - História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
- Infertilidade
- Último parto a menos de dois anos ou mais de cinco anos
- Nuliparidade ou multiparidade
- Pré-eclampsia prévia
- Cirurgia uterina anterior
- Macrosomia fetal
- Egresso hospitalar por pielonefrite na gestação anterior e atual

1.3.2 - Fatores de risco que demandam encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco

- Hipertensão arterial crônica $\geq 140 \times 90$ mmHg (Gestantes com PA $< 140 \times 90$, em uso ou não de anti-hipertensivos, permanecerão no CS, sendo conduzidas pelo Ginecologista de Apoio).
- Doença Hipertensiva Específica da gravidez (DHEG): com diagnóstico clínico e laboratorial (proteinúria de 24h ≥ 300 mg/24h)
- Cardiopatias: Cardiopatias reumáticas; congênitas; hipertensivas; arritmias; valvulopatias; endocardites na gestação
- Pneumopatias: Asma em uso de medicamentos; Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Doenças tireoidianas: hipertireoidismo e hipotireoidismo
- Diabetes Mellitus prévia ou gestacional
- Epilepsia de difícil manejo, não controlada
- Anemia grave
- Nefropatias: Insuficiência renal; Hidronefrose; Rins policísticos; Pielonefrite de repetição
- Perda gestacional de repetição (3 ou mais)
- Doenças auto-imunes (Lupus eritematoso, artrite reumatóide, etc)
- Ginecopatias (Mal formações uterinas; Miomatose importante, com repercussão na gestação)
- Câncer: Todos os de origem ginecológica, que sejam invasores, e aqueles que estejam em tratamento ou possam

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

repercutir negativamente na gestação. História de câncer curado não é indicação de PNAR

- Portadoras de doenças infecciosas (toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV)
- Desvios do crescimento uterino confirmados ao Ultra-Som como:
 - Gestação gemelar
 - Polidrâmnio
 - Oligohidramnio
 - Crescimento intra-uterino restrito (CIUR)
- Placenta prévia total

Algumas doenças obstétricas, no decorrer da gravidez, indicarão encaminhamento de urgência para a maternidade de referência:

- Pré-eclampsia
- Trabalho de parto prematuro
- Amniorrexe prematura
- Gravidez prolongada na 41ª semana;
- Hemorragia na gestação
- Infecção urinária alta

Nos casos de isoimunização materna e de mal formação fetal, o encaminhamento deve ser ao Serviço de Medicina Fetal , acompanhado pelos respectivos exames complementares.

Solicitações de maior urgência: solicitar à CMC, via fax, com a justificativa da prioridade.

1.4 - ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES

Aspectos a serem abordados nas ações de orientação

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas:

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- A realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes;

1 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, cefaléia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Sinais e sintomas do parto;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Preparo para o parto: planejamento de parto considerando local, transporte, recursos necessários para a mulher e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Preenchimento do plano de parto: documento em que a gestante registra seus desejos e expectativas quanto à vivência do parto. Ele compõe a cartilha da gestante e deverá ser entregue na maternidade, no momento da internação para o parto. Os profissionais devem incentivar as gestantes a preencherem o plano de parto e auxiliá-las nas dúvidas que apresentarem.
- O grupo de gestantes é uma excelente oportunidade para os profissionais realizarem estas orientações, mas caso a gestante não frequente o grupo, deverá ser orientada individualmente.
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

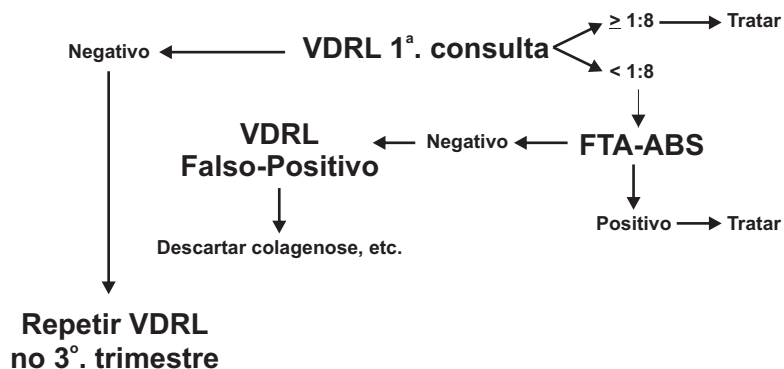
2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS

➤ Sorologia para Sífilis

- O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), FTA-abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent), MHATp (Microhemoaglutinação para Treponema pallidum) ou Elisa.

Durante o acompanhamento Pré-Natal, os pedidos devem ser feitos como "Sorologia para Sífilis". Seguindo esta orientação, o Laboratório Distrital realizará automaticamente o FTA-Abs sempre que for necessário.

Fluxograma de Detecção e Tratamento da Sífilis Materna



➤ Exame de Urina Rotina

Na presença de:

- 1 - Hematúria → Investigar sangramento genito-urinário
- 2 - Piócitos (assintomática) com ou sem hematúria → Urocultura (tratamento mais precoce possível, após o resultado).
- 3 - Piócitos (sintomática) → Urocultura e Tratamento precoce (antes do resultado)
- 4 - Cilindrúria → Associar a outras alterações do exame e quadro clínico → Propedêutica nefrológica
- 5 - Proteinúria maciça → Referir para pré-natal de alto risco
- 6 - Corpos cetônicos e glicosúria → Investigar glicemia

➤ Urocultura

- Diagnóstico de Bacteriúria Assintomática (rastreamento é feito apenas e obrigatoriamente pela urocultura)
- Diagnóstico de Infecção Urinária

2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS

- ✓ Orientação do tratamento pelo Antibiógrama
- **Eritrograma**

- Hb $\geq$ 11g/dl

Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 01 drágea de sulfato ferroso/dia (200 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.

- Hb $\geq$ 8g/dl e $<$ 11g/dl

Terapia com 120 a 240 mg de ferro elementar por dia.

Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses (após a 12 sem), se presentes.

Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:

- Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou "cair", apesar do tratamento, referir a gestante ao pré-natal de alto risco, para propedêutica.

- Hb $\leq$ 8g/dl

Referir ao pré-natal de alto risco

Atenção: A drágea de sulfato ferroso possui 20% de Fe elementar em sua composição

➤ **Glicemia de Jejum**

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), independente da presença de fatores de risco. O resultado deve ser interpretado segundo as orientações abaixo

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido com sendo o Diabetes diagnosticado durante a gravidez. A definição se aplica independentemente do estado glicêmico após o período gestacional ou da necessidade de utilização de insulino-terapia.

Os principais fatores de risco para o DMG são: a obesidade materna, a história familiar de parente de primeiro grau com

2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS

diabetes, a história pregressa de diabetes.

Gestantes com uma ou mais destas características são consideradas como de alto risco para DMG.

Por outro lado, sabe-se que a prevalência de DMG é baixa entre mulheres com IMC < 25, idade inferior a 25 anos e nenhum dos fatores de risco citados, o que confere a estas mulheres um baixo risco para DMG.

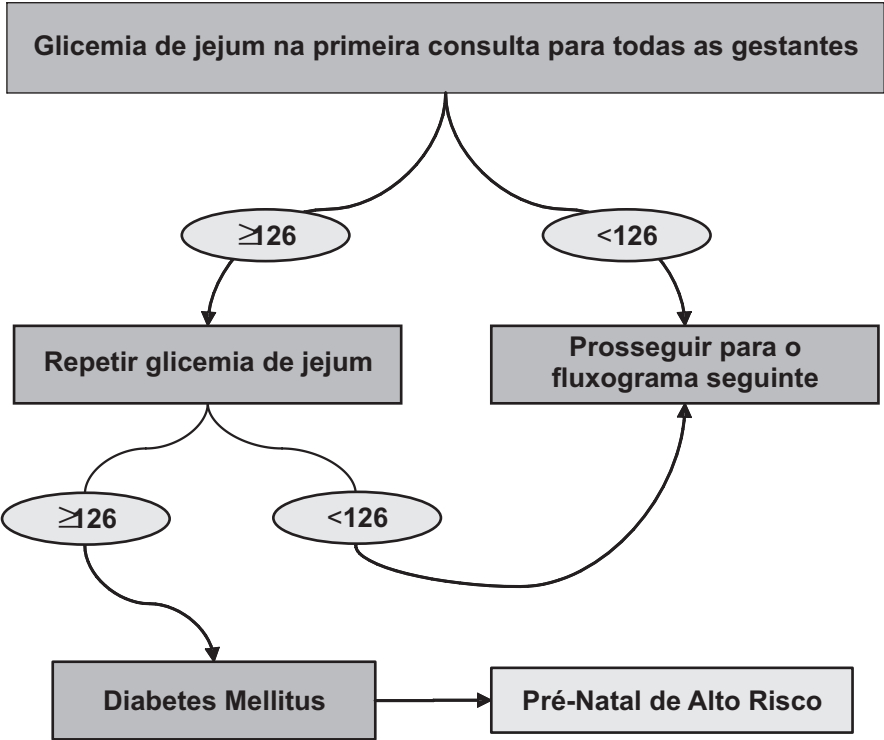
Gestantes que não possuem um destes fatores de risco, mas que também não se enquadram nos critérios de baixo risco, são consideradas como de risco intermediário.

O diagnóstico do DMG se dá pela presença de dois ou mais valores alterados em testes de tolerância a glicose, conforme se vê na tabela:

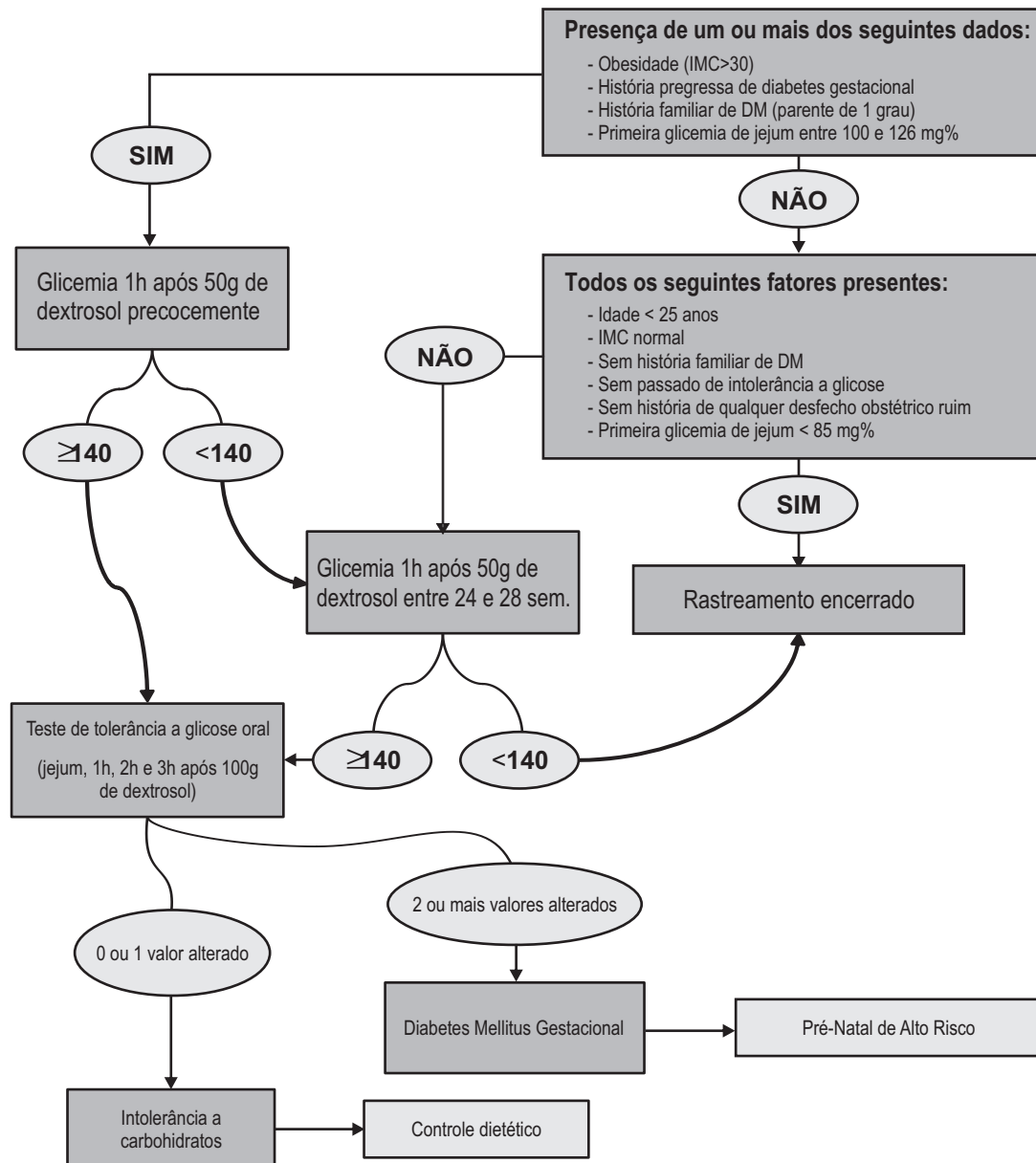
Critérios Diagnósticos de DMG	
100 g de glicose	mg/dL
Jejum	95
1 h	180
2 h	155
3 h	140
75 g de glicose	mg/dL
Jejum	95
1 h	180
2 h	155

RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

FLUXOGRAMAS

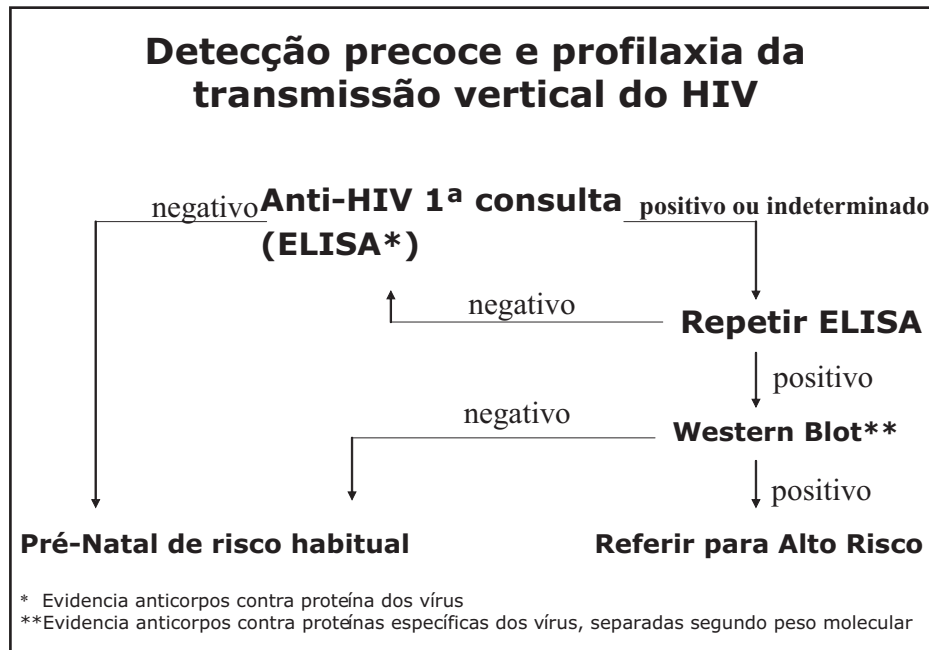


2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS



2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS

➤ Anti-HIV



Na nossa Rede, o Laboratório já repete o exame e realiza o Western Blot quando necessário.

Em caso de teste confirmatório positivo, fazer aconselhamento pós-teste. Encaminhar para Referência Técnica e Pré-Natal de Alto Risco

➤ Sorologia para Hepatite B (HbsAg)

Gestante HBsAg positiva deve ser referida para Serviço de Referência após o parto

O RN: Receber imunoglobulina humana anti-hepatite B e imunização ativa (vacina) nas primeiras 12 horas de vida (na maternidade)

Gestante HBsAg positiva pode amamentar se o RN tiver recebido Vacina e Imunoglobulina, exceto em casos de fissura do mamilo, quando deverá ser interrompida durante o tratamento da fissura.

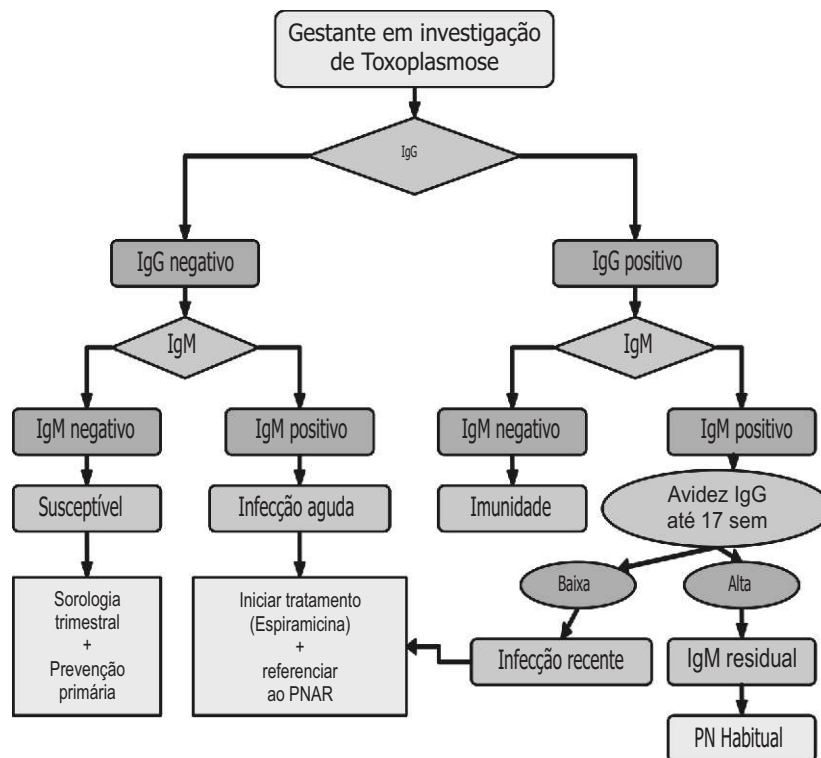
2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES E CONDUTAS

➤ Sorologia para Toxoplasmose

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e a ocorrência da priminfecção na gestação pode acarretar o acometimento fetal.

A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intra-uterino restrito (CIUR), morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepato-esplenomegalia. Quanto mais precoce a idade gestacional, na qual a mulher apresenta a priminfecção, mais grave será o acometimento fetal, entretanto o risco da transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas.

Fluxograma de rastreamento sorológico materno para toxoplasmose



Nos casos em que os resultados de IgM e IgG forem positivos, será realizado o teste de avidez para IgG, imediatamente, na mesma amostra, pelo Laboratório de análises clínicas.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

3.1 - HIPEREMESE

Apoio psicológico e ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados. Nas situações de emese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

Antieméticos orais:

- Metoclopramida – 10 mg de 4/4 h

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida – 10 mg de 4/4 h

Nos casos de hiperemese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária.

3.2 - INFECÇÃO URINÁRIA E BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

- Amoxicilina – 500 mg, VO, de 8/8 horas, 7 a 10 dias/ou

- Cefalosporina 1ª geração – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias ou

- Nitrofurantoína – 100 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias.

Nos casos de infecção urinária, iniciar o tratamento frente ao diagnóstico clínico, após a coleta do material, sem esperar o resultado da urocultura.

Caso não seja possível realizar coleta de material em até 24 horas, iniciar o tratamento sem o exame. A urocultura de controle de tratamento deve ser realizada a partir de 7 dias após o término do tratamento.

A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos de ITU. O tratamento deve ser iniciado após o diagnóstico, diante do resultado da urocultura.

Nos casos de Infecção Urinária Alta (Pielonefrite), após a alta hospitalar, a gestante deve ter seu tratamento ambulatorial monitorado pela Equipe de PSF.

Deve ser realizada urocultura de controle, 7 a 10 dias após o término do tratamento.

Em todos os casos de recidiva (ITU de repetição), administrar Nitrofurantoína, 100 mg diariamente à noite, após o tratamento, até o final da gravidez.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

3.3- SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal. Ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações; são mais comuns em mulheres nulíparas, em gestação múltipla, mulheres com hipertensão há mais 4 anos, história de hipertensão em gravidez prévia e de doença renal, ou mulheres com história familiar de pré-eclâmpsia.

É fundamental diferenciar a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada, com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica preexistente.

Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes:

1. Hipertensão arterial crônica

Corresponde à hipertensão de qualquer etiologia (nível da pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg) presente antes da gravidez ou diagnosticada até a 20ª semana da gestação. Mulheres hipertensas que engravidam têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

2. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia

A pré-eclâmpsia geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, classicamente pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria. Apresenta-se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140x90 mmHg, com proteinúria (≥ 300 mg/24h). Pode evoluir para eclâmpsia. É mais comum em nulíparas ou gestação múltipla. Mulheres com hipertensão arterial pregressa, por mais de quatro anos, têm aumento do risco de desenvolver pré-eclâmpsia em cerca de 25%. Outro fator de risco é história familiar de pré-eclâmpsia e de doença renal.

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. Em gestante com quadro convulsivo, o primeiro diagnóstico a ser considerado deve ser a eclâmpsia.

3. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada

É o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez.

4. Hipertensão gestacional

É o desenvolvimento de hipertensão sem proteinúria que ocorre após 20 semanas de gestação. O diagnóstico é temporário e pode representar hipertensão crônica recorrente nessa fase da gravidez. Pode evoluir para pré-eclâmpsia e, se severa, levar a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

5. Hipertensão transitória

De diagnóstico retrospectivo, a pressão arterial volta ao normal cerca de 12 semanas após o parto. Pode ocorrer nas gestações subseqüentes e prediz hipertensão arterial primária futura. É importante considerar a presença de outros fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e outras co-morbidades.

3.3.1- TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO

A) Tratamento não medicamentoso

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (< 2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial.

A prática de atividade física regular, além de ajudar no controle da pressão arterial, pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares e mortalidade em geral, facilitando ainda o controle de peso. Na gestação, a caminhada deve ser realizada com moderação, 2 a 3 vezes por semana, e não oferecer sensação de cansaço que, se ocorrer, indica necessidade de interrupção da atividade. O término da caminhada deve ser precedido por uma diminuição gradativa. A frequência cardíaca não deve exceder 140 bpm. O melhor horário para sua realização é antes das 10 h e após as 16 h. É importante a ingestão de líquidos e o uso de roupas leves e calçado adequado durante sua realização.

A hidroginástica é bastante indicada por proporcionar diversas vantagens à condição gestacional, mas é preciso que seja orientada por profissional especializado e com experiência no trabalho com gestantes. Apesar disso, exercícios aeróbicos devem ser restritos com base na possibilidade de fluxo placentário inadequado e aumento do risco de pré-eclâmpsia. É necessária avaliação cuidadosa e individualizada da gestante antes do início da atividade física.

Uso de álcool e/ou cigarro deve ser fortemente desencorajado durante a gestação.

B) Tratamento medicamentoso

1 - Na Hipertensão Arterial Crônica

A meta principal do tratamento da hipertensão crônica na gravidez é reduzir o risco materno, mas a escolha do medicamento é também dirigida para a segurança do feto.

As gestantes que apresentarem HAS leve/moderada podem ser tratadas com metildopa ou beta-bloqueadores, embora seu uso seja controverso devido aos riscos de diminuição da perfusão placentária em relação aos reais benefícios maternos e/ou fetais.

Quando houver indicação, deve-se manter os medicamentos utilizados previamente à gravidez. Sempre que for possível sua suspensão, faz-se necessária rigorosa monitorização dos níveis pressóricos e dos sinais de pré-eclâmpsia.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

Medicações recomendadas:

- *Metildopa: (comprimidos de 250mg ou 500 mg sulcado) - 750 mg a 2 g/dia, em 2 a 4 tomadas diárias;*
- *Nifedipina: início com 20 mg/dia (10 mg de 12/12h) e o máximo de 40 mg/dia*

Pode haver associação, respeitando as doses terapêuticas.

Os inibidores de ECA são contra-indicados

Orientações:

Repouso relativo; Dieta hipossódica e hiperproteica nos casos graves; Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água.

Nos casos de Crise hipertensiva em que seja necessário iniciar o tratamento no centro de Saúde, enquanto se aguarda o transporte para a Maternidade de Referência, deve-se utilizar a Nifedipina comprimido de 10mg por Via Oral (**não** utilizar sublingual*) e monitorar a Pressão Arterial de 10 em 10 min. Pode-se repetir o uso de 30 em 30 minutos até a dose de 30 mg.

2 - Na Pré-Eclâmpsia

São indicativos de:

- **Urgência** – pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg com ausência de sintomatologia clínica: o não comprometimento de órgãos-alvo permite o controle pressórico em até 24h, se o quadro não se agravar
- **Emergência** – pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg com presença de sintomatologia clínica: o controle pressórico deve ser rápido, em até uma ou duas horas. A impossibilidade de previsão na evolução do quadro impõe, como medida ideal, o encaminhamento e a internação da paciente para acompanhamento hospitalar.

Nos casos de Urgência e Emergência em que seja necessário iniciar o tratamento no centro de Saúde, enquanto se aguarda o transporte para a Maternidade de Referência, deve-se utilizar a Nifedipina comprimido de 10mg por Via Oral (**não** utilizar sublingual*) e monitorar a Pressão Arterial de 10 em 10 min. Pode-se repetir o uso de 30 em 30 minutos até a dose de máxima de 30 mg.

* **Nifedipina:** bloqueador de canal de cálcio, produz relaxamento da musculatura arterial lisa. A administração é por via oral, na dose de 5 a 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. A administração da nifedipina de ação rápida (10 mg sublingual) apresenta dificuldade no controle do ritmo e grau de redução da pressão arterial e seu uso tem sido controverso devido à possibilidade de efeitos colaterais sérios como HIPOTENSÃO SEVERA, COM RISCO TANTO MATERNO QUANTO FETAL. Outros efeitos colaterais são a taquicardia, cefaléia e rubor facial. Os riscos e a existência de alternativas eficazes tornam **o uso da nifedipina de ação rápida não recomendável nessa situação.**

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

Em todos os casos de abordagem de crises hipertensivas, as gestantes devem ser transferidas para a Maternidade de Referência

3 - Na Eclâmpsia

Constitui-se em emergência e a paciente deve ser transferida o mais rápido possível para o hospital de referência. Enquanto se procede a transferência, deve-se tomar algumas providências: medidas gerais, terapia anticonvulsivante e antihipertensiva.

Medidas gerais:

- Manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração;
- Oxigenação com a instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido (cinco litros/minuto);
- Sondagem vesical de demora;
- Punção venosa em veia calibrosa;
- Terapia anti-hipertensiva;
- Terapia anticonvulsivante.

Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada é a prevenção de nova crise.

3.4 - DOENÇAS INFECCIOSAS

3.4.1 - TOXOPLASMOSE

Gestante com infecção aguda – IgG Negativa e IgM Positiva

Conduta:

- Iniciar Espiramicina, 1 g, de 8/8 horas, VO
- Encaminhar para serviço de referência para investigação de infecção fetal.

Gestante com Infecção Aguda – IgG Positiva e IgM Positiva

Quando os valores de IgG e IgM estão próximos dos pontos de corte do Kit do laboratório, esse resultado pode equivaler à infecção aguda ou IgM residual.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

Conduta:

- Teste de avidéz da IgG (IgG de baixa avidéz é indicativa de infecção aguda), até 17 semanas de gestação. O Laboratório Distrital irá realizar o Teste de Avidéz nos casos de IgG e IgM positivas, na mesma amostra de sangue. Lembrar que o teste de avidéz tem utilidade no esclarecimento do diagnóstico quando realizado até 17 semanas de gestação.
- Após 17 semanas, não há indicação para realização de teste de avidéz.
- Repetir sorologia com intervalo mínimo de 10 dias
- Em casos de IgM em títulos altos, iniciar com espiamicina, enquanto aguarda a repetição do exame (colher antes de iniciar)
- Nos casos de dosagem de IgG ou IgM ascendentes na repetição, iniciar Espiamicina e encaminhar para o serviço de referência para investigação de infecção fetal.

3.4.2- SÍFILIS

O tratamento das gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença (Quadro 1).
Os parceiros também devem ser tratados.

Sífilis primária:

Penicilina G benzatina, 2.400.000 U, IM, divididos 1.200.000 U em cada glúteo, dose única. Nas alérgicas à penicilina, pode ser usada a eritromicina (estearato), 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 15 dias.

Sífilis secundária ou latente recente:

Penicilina G benzatina, 2.400.000 U, IM, divididos 1.200.000 U em cada glúteo, e repetido após uma semana. Na alérgica à penicilina pode ser usada a eritromicina (estearato) 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 15 dias.

Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada

Penicilina G benzatina, 2.400.000 U, IM, divididos 1.200.000 U em cada glúteo, administrada por três semanas consecutivas. Nas alérgicas à penicilina, pode ser usada a eritromicina (estearato) 500mg, via oral, de 6/6 horas por 30 dias.

- **Em portadoras de HIV**, o tratamento deve ser feito como sífilis latente tardia ou de período indeterminado.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

Quadro 1 – Classificação da sífilis

De: *Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério-MS 2006*

CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS		
SÍFILIS	TEMPO DE EVOLUÇÃO	FASE
Adquirida recente	< 1 ano	primária, secundária e latente recente
Adquirida tardia	>1 ano	latente tardia e terciária
Congênita recente	diagnóstico até o 2º ano de vida	
Congênita tardia	diagnóstico após o 2º ano de vida	

Quadro 2 - Esquema terapêutico preconizado para sífilis de acordo com a classificação

De: *Prevenção e Tratamento das Infecções Maternas e Congênitas – Programa Mãe Curitibana*

CLASSIFICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	
	Penicilina G Benzatina	
	Posologia	Dose Total
Sífilis primária (< 1 ano)	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), uma única dose	2,4 milhões UI
Sífilis secundária e latente recente (< 1 ano)	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 dias	4,8 milhões UI
Sífilis latente tardia (> 1 ano)	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 e 14 dias	7,2 milhões UI

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

3.4.3 - HERPES

O tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, poderá ser feito nos casos de primo-infecção ou em situações de grande número de recorrências, especialmente próximo ao parto, com aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias;

3.4.4 - CANCRO MOLE

Estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6/6 h, por sete dias.

3.4.5 - LEUCORRÉIAS

As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoniase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoniase é considerada de transmissão sexual.

Tratamento da gestante:

Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado para candidíase em gestantes, dando-se preferência aos derivados imidazólicos como o miconazol e o clotrimazol, por um período de sete dias.

Para vaginose bacteriana e /ou tricomoniase, está indicado o uso de metronidazol 2g, VO, dose única, ou 250 mg 3 vezes ao dia, VO, durante 7 dias, ou metronidazol 500 mg, de 12/12h, VO, por 7 dias, após completado o primeiro trimestre. Nos casos de tricomoniase, o parceiro também deve ser tratado (dose única).

3.4.6 - CERVICITES

Presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado, ou não, de hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são: infecção por gonococo ou clamídia.

Tratamento da gestante:

-Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8h, por sete dias

ou

-Eritromicina (estearato): 500 mg, VO, de 6/6h, por sete dias

3.4.7 - CONDILOMA ACUMINADO VULVAR

Caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal.

Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino.

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

Alguns subtipos do HPV são fortemente associados a neoplasia cervical (subtipos 16, 18).

Tratamento da gestante:

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e no número das lesões:

- **Lesões pequenas, isoladas e externas:** Aplicação de ATA de 50% a 80% em qualquer fase da gravidez, na vulva, pelo médico ginecologista
- **Lesões grandes e externas:** Encaminhar para Serviço de Patologia do Colo e Vulva, através da CMC

Nunca usar PODOFILINA, PODOFILOTOXINA ou IMIQUIMOD durante qualquer fase da gravidez;

Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

3.4.8 - PARASITOSESE INTESTINAIS

As principais parasitoses e seus respectivos tratamentos são descritas no quadro 4. os tratamentos, quando necessários serem realizados, devem ser prescritos após o primeiro trimestre da gestação.

Quadro 3 – Parasitoses e tratamentos

Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia por VO, durante três dias seguidos
Ascaridíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia por VO, durante três dias seguidos
Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia por VO, durante três dias seguidos
Esquistossomose	Oxaminiquine / Praziquantel / Ditionetona	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos
Himenolepíase	Praziquantel / Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia por VO, durante três dias seguidos
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia por VO, durante dez dias seguidos
Giardíase	Metronidazol	250mg, duas vezes ao dia por VO, durante sete dias seguidos

3 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

3.5 - SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são classificadas em hemorragias da primeira ou da segunda metade da gestação, conforme descritas abaixo e mais detalhadamente no quadro 3:

- **Hemorragias da Primeira Metade:** abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional (mola hidatiforme);
- **Hemorragias da Segunda Metade:** placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

Quadro 4 - Síndromes Hemorrágicas na Gestação

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	CONDUTA
Ameaça de abortamento	Sangramento discreto e eventualmente dor	Sangramento em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; colo fechado	Encaminhar à maternidade*. Após confirmação diagnóstica ecográfica da viabilidade da gestação, indicar repouso no leito; anti-espasmódicos SN e progestágenos na insuficiência lútea.
Abortamento	Sangramento e dor em baixo ventre	Sangramento abundante em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; colo aberto, eliminação de restos embrionários	Encaminhar à maternidade.
Gravidez ectópica	Dor em baixo ventre, lipotímia	Irritação peritoneal, hipotensão, colo amolecido, útero aumentado, dor e/ou tumor à palpação de anexos	Encaminhar com urgência à Maternidade*.
Mola hidatiforme	Sangramento discreto e intermitente, ausência de dor, expulsão de vesículas (patognomônico), hiperemese acentuada, hipertensão arterial precoce	Altura e volume uterinos maiores do que o esperado para a idade gestacional	Ecografia. Encaminhar à maternidade para diagnóstico* e tratamento.
Descolamento cório-amniótico	Sangramento discreto	Sangramento discreto Vermelho escuro	Ecografia. Repouso absoluto até a interrupção do sangramento; antiespasmódicos SN.
Placenta prévia	Segunda metade da gestação. Mais freqüente em multiparas com partos cesáreos anteriores. Sangramento súbito, recorrente e progressivo, vermelho vivo, quantidade variável e indolor.	Sangramento vermelho vivo, de quantidade variável, proveniente da cavidade uterina	Na suspeita, evitar o toque vaginal. Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco.
Descolamento prematuro de placenta	Associado à HAS e ao uso de drogas como crack e cocaína. Dor abdominal súbita; sangramento vermelho escuro, de quantidade variável.	Útero hipertônico e sensível à palpação; BCF ausentes ou alterados; sinais de hipotensão e choque; sangramento oculto (dentro da cavidade uterina) sem exteriorização da hemorragia	Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco.

SN - se necessário

* na ausência de ginecologista no Centro de Saúde ou na impossibilidade de realizar ultra-som

De: Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério-MS 2006

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

4.1 – Planejamento, vigilância, monitoramento e avaliação

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada pressupõe a adoção de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, baseadas no conhecimento da realidade local, planejamento, programação e acompanhamento das atividades propostas e implementadas. Estas atividades têm estreita relação com a qualidade da informação disponível e, fundamentalmente, com o correto registro de dados produzidos no nível local.

4.1.1 - Planejamento

Na assistência ao pré-natal e puerpério, como em todas as demais atividades em saúde, o planejamento e a programação das ações devem ser incorporados à rotina de trabalho das equipes, utilizando as informações produzidas e procedentes da realidade local, que geram os indicadores relacionados à saúde da mulher.

- Diagnóstico de saúde

Realizado através da utilização dos indicadores

Indicadores mais comumente utilizados no diagnóstico e planejamento de ações:

- Indicadores da assistência em anos anteriores (bases de dados: SINASC, SIS-pré-natal e Fênix):

- Número de nascidos vivos (NV) por área de abrangência
- Percentual de NV de baixo peso
- Percentual de NV prematuros
- Percentual de NV de mães adolescentes
- Percentual de partos cirúrgicos
- Mortalidade perinatal e infantil
- Identificação de eventos sentinela durante a gestação e puerpério
- Fechamento dos dados do SIS-pré-natal, etc

- Definição de prioridades a partir do diagnóstico situacional.
- Avaliação de necessidade e disponibilidade de recursos humanos, materiais e físicos.
- Definição de metas
- Programação das atividades: definição das ações a serem desenvolvidas e os resultados esperados

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

4.1.2- Vigilância à saúde

A vigilância à saúde constitui um conjunto de ações que engloba os saberes de profissionais de vários setores (inclusive a saúde) e que, com o apoio da população, interferem no processo saúde-doença, de forma contínua e sistemática, modificando a realidade sanitária de uma determinada população.

Os agravos prioritários para a vigilância no pré-natal e puerpério são:

- Óbitos materno e infantil
- Síndromes hipertensivas
- Prematuridade
- Gravidez na adolescência
- HIV
- Sífilis congênita
- Infecção puerperal
- Abortamento (internações por complicações)

Como estratégias de vigilância propõe-se:

- Visita domiciliar do ACS: captação e/ou busca ativa da gestante, RN e puérpera.
- Ações do 5º dia de vida, abordando a saúde da puérpera e do RN.
- Avaliação da puérpera em consulta previamente agendada até o 42º dia pós-parto.
- Atendimento e resolutividade à demanda espontânea e programada com postura acolhedora e sensível, para captar dúvidas e as expectativas da mulher sobre o processo da gravidez, parto, pós-parto e aleitamento materno.
- Incentivo ao aleitamento materno.
- Acompanhar os dados de egresso hospitalar.
- Acompanhar a imunização de dupla adulto(dT) para gestante e triviral para puérpera.
- Estudos de “Evento Sentinela”, pela equipe, ocorridos na sua área de abrangência:
 - Sífilis congênita.
 - Óbitos materno e infantil.
 - Infecção puerperal
 - Prematuridade
 - Tétano neonatal

4.1.3- Monitoramento e avaliação

O Ministério da Saúde disponibiliza o SIS-PRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) para o monitoramento e avaliação do pré-natal e puerpério, de uso obrigatório nas unidades da saúde, que

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

possibilita o acompanhamento da assistência.

Os relatórios mensais do SIS-PRENATAL consistem em indicadores de processo por localidade e período.

O Sistema é alimentado pelo correto preenchimento dos impressos do SISPRENATAL.

Indicadores:

- ✓ Percentual de gestantes inscritas até o 4º mês (120 dias de gestação) em relação à população alvo (n.º de gestantes estimado, existente ou NV do ano anterior).
- ✓ Percentual de gestantes inscritas e que realizaram no mínimo 6 consultas de PN.
- ✓ Percentual de gestantes inscritas e que realizaram no mínimo 6 consultas PN e consulta de puerpério.
- ✓ Percentual de gestantes inscritas e que realizaram no mínimo 6 consultas de PN e todos os exames básicos.
- ✓ Percentual de gestantes inscritas e que realizaram no mínimo 6 consultas de PN, todos os exames básicos e consulta de puerpério.
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica ou imunes previamente.
- ✓ Percentual de gestantes inscritas e que realizaram no mínimo 6 consultas de PN, todos os exames básicos, consulta de puerpério, imunização antitetânica e teste anti-HIV.

* Estes dados devem estar incluídos, no máximo, até o 42º dia após o parto. Caso não ocorra a inclusão até este dia, o SISPRENATAL não será completado.

Indicadores de resultado:

- ✓ Percentual de gravidez em adolescentes – SINASC
- ✓ Acompanhamento pelo ACS: $\frac{\text{Nº de gestantes acompanhadas}}{\text{Nº. de gestantes da área}} \times 100$

Indicadores de impacto:

- ✓ Eventos sentinela: sífilis congênita, tétano neonatal, mortalidade materna, perinatal e infantil, morbidade hospitalar (controle de egresso hospitalar)

4.1.4 - A) SAÚDE MENTAL

- 1 - Estabelecer uma postura acolhedora e uma escuta cuidadosa que compreenda a realidade vivida pelas usuárias, suas demandas e necessidades psico-afetivas no pré-natal e puerpério.
Devemos estar atentos aos sentimentos como tristeza, ansiedade, insegurança, tão naturais nesse momento delicado da vida da mulher, observando sempre a intensidade e persistência dos mesmos.
- 2 - No momento do atendimento individual e coletivo é preciso pesquisar:

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Como a mulher está vivenciando a gravidez?
- Existe alguma alteração de comportamento? (em especial aos transtornos de humor)
- O auto-cuidado está preservado?
- Relação mãe/criança.
- Fatores de Risco:
 - Uso de drogas psicoativas e álcool
 - Violência doméstica
 - Baixo suporte familiar
 - Precariedade sócio-econômica
 - Histórico familiar de doença mental

Condutas:

- Os casos que gerarem dúvidas e preocupações nas equipes de Saúde da Família quanto à necessidade de acompanhamento pela Saúde Mental, deverão ser discutidos com a Equipe de Saúde Mental de sua área de abrangência.
 - Encaminhamento para serviços de apoio intersetorial: Educação, Assistência Social, Cultura.
- 3- Portadoras de sofrimento mental grave e persistente:
- Devem ter acompanhamento conjunto Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental
- 4- Casos que se configurem como crises:
- Encaminhar para avaliação no CERSAM.
- 5- Atendimento no puerpério e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento no RN:
- Observar sinais da relação mãe-filho que possam demandar a assistência da Equipe Complementar: Projeto Intervenção a Tempo
- 6- Garantir a vinculação da gestante/puérpera à ESF independente da ocorrência ou não de encaminhamentos.

4.1.4 - B) SAÚDE BUCAL

1. Ações educativas: em atendimento individual e coletivo no pré-natal, realizado pela equipe multiprofissional com destaque para frequência e qualidade da alimentação e higiene oral.
2. Encaminhamento para avaliação odontológica em qualquer idade gestacional, garantido no mínimo uma consulta de avaliação e seguimento de acordo com a necessidade.

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

3. Radiografias: Evitar radiografias no 1º trimestre (embriogênese). Caso seja imprescindível, em qualquer período gestacional, é obrigatório o uso de avental de chumbo.
4. Uso de anestésico local no atendimento odontológico: o anestésico utilizado durante a gravidez deve ser sem vasoconstritor. Escolher o anestésico em conformidade com os dados clínicos e se necessário entrar em contato prévio com o médico. Seguir protocolo da Saúde Bucal da SMSA – BH.
5. Flúor: Não se recomenda suplemento de Flúor no período pré-natal. A água do município já é fluoretada e a maioria da população já faz uso de creme dental fluoretado. O flúor tem ação tópica
6. Incentivo ao Aleitamento Materno (ver referência ref. Saúde bucal)

4.1.4 - C) EDUCAÇÃO CONTINUADA

Processo contínuo de capacitação, com programação anual.

1. Organização da educação nos seguintes níveis:
 - a. Unidade básica
 - b. Distrito: encontros trimestrais para discussão de demandas das UBS e estratégias de favorecer melhor articulação com a rede.
 - c. Nível central: organização de encontros semestrais do nível central com médicos e enfermeiros das UBS para esclarecimento de possíveis dúvidas na assistência à mulher no pré-natal e puerpério.
 - d. Intersetorial: Realização de parcerias e/ou convênios com outras instituições dos diversos níveis, com o objetivo de fomento da educação, capacitação e realização de ações voltadas para a promoção da saúde.
2. Diagnóstico das necessidades de capacitação (baseada no perfil epidemiológico da área atendida) abordando temas que interferem no atendimento como:
 - a. Violência social / violência doméstica
 - b. Drogadição / alcoolismo
 - c. Morador de rua / pobreza extrema / cliente portadora de necessidades especiais / população carcerária.
3. Abordagem da comunidade/conselho de saúde: favorecer espaços de informação (igreja, rádio, escolas, reuniões da comissão local de saúde, etc) sobre a importância da assistência ao pré-natal e o puerpério:
 - Realização do pré-natal
 - Amamentação
 - Puerpério
 - Cuidados com o bebê

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

4. Abordagem ao trabalhador em saúde:

Capacitação local:

- Diagnóstico de necessidade de qualificação profissional por categoria.
- Planejar as capacitações internas e de acordo com o diagnóstico necessário por Centro de Saúde.
- Utilizar recursos disponíveis na rede para capacitação da ESF:
- Educação à distância (internet, cd ou dvd Teleconferências)
- Estudo e discussão de casos clínicos
- Prática em atendimento ambulatorial na própria unidade

Capacitação distrital:

- Mapear profissionais com perfil para capacitação ESF.
- Articular a realização de convênios para treinamento teórico e prático.
- Participar, através da rede de ajuda, de discussão de casos pontuais de caráter de vigilância à saúde (evento sentinela / óbito materno e infantil)
- Organização de Fóruns permanentes de discussão da qualidade da assistência à mulher .
- Capacitação da atenção a saúde da Mulher/GEAS

Nível Central:

- Planejamento de capacitações na assistência em parceria com o Centro de Educação em Saúde (GGTE/CES)
- Promover Atualizações Semestrais de temas relacionados com ciclos de vida da mulher

Abordagem intersetorial:

- Convênios com instituições de ensino: universidades, serviços de residência médica, maternidades de referência, organismos internacionais.
- Estabelecer programação anual de ações de promoção à saúde juntamente com a Educação, Assistência Social, Cultura, Lazer e Esporte.

5 - ALEITAMENTO MATERNO

5.1 - Cuidados com as mamas durante a gravidez

As mamas devem ser preparadas para a lactação durante a gravidez e alguns cuidados básicos devem ser tomados:

- Uso de sutiã: Este deve sustentar as mamas por inteiras e de forma confortável. O sutiã não deve apertar as mamas.
- Não utilizar óleos, cremes, etc., pois além das substâncias serem absorvidas há o risco de alergia cutânea. Evitar o uso excessivo de sabão na região da aréola. Realizar exercícios para fortalecer a aréola e papila. Estes podem ser realizados puxando levemente a aréola para os lados de forma retilínea e circular. Puxar a papila levemente, fazendo movimentos para frente e circulares.
- Exposição ao sol: expor ao sol a região areolar durante aproximadamente 15 minutos por dia, antes das 10 horas da manhã ou após as 16 horas.

5.2 - Importância nutricional e psicológica da amamentação

O leite materno é um alimento que possui, de forma equilibrada, todas as substâncias que o bebê necessita para seu crescimento e desenvolvimento, durante os seis primeiros meses de vida.

Os componentes do leite materno variam ao longo da amamentação e estas modificações são necessárias para satisfazer às necessidades do bebê, de acordo com a fase de vida em que o mesmo se encontra.

O leite humano é benéfico durante mais de um ano, porém, a partir do quarto ou quinto mês, é necessário complementá-lo com outros alimentos.

A lactação materna não só proporciona ao bebê o melhor alimento, como também contribui de maneira decisiva para o desenvolvimento físico e emocional do bebê.

Trabalhos recentes demonstram um melhor desenvolvimento intelectual nas crianças amamentadas.

5.3 - Cuidados necessários com a mama pós-parto e orientações

-Após o parto, durante o período de amamentação, o profissional deve recomendar para a puérpera:

- Escolher uma posição confortável para dar de mamar.
- Verificar se a aréola está macia.
- Passar o próprio leite na aréola e na papila.
- Oferecer sempre as duas mamas. Começar sempre pela mama na qual terminou a última mamada.
- Oferecer a mama ao bebê com o cuidado para que ele abocanhe parte da aréola e não só a papila (bico do seio).

5 - ALEITAMENTO MATERNO

- Após cada mamada, verificar se as mamas ainda estão cheias. Nestes casos deve massageá-las com movimentos circulares, começando pela aréola e estendendo-se por toda a mama. O leite residual pode e deve ser retirado através de expressão manual.

5.4 - Alimentos que devem evitados durante a lactação

Toda a alimentação de difícil digestão bem como os alimentos temperados (condimentados) devem ser evitados. A ingestão excessiva de álcool, café e chocolate, bem como o hábito de fumar devem ser evitados. O uso de remédios durante a lactação depende de orientação médica.

5.5- A lactação protege os bebês contra infecções

Orientar que cada mamada é uma “vacina”. A lactação materna protege o bebê das infecções ao transferir, através do leite, anticorpos e imunoglobulinas da mãe para o bebê. Além destas substâncias de defesa, o leite materno contém muitos fatores antibacterianos e antiviróticos. O aleitamento materno é a primeira imunização do bebê.

O colostro (substância precursora do leite) também contém todas estas substâncias além de todos os fatores nutritivos necessários ao bebê nos primeiros dias de vida.

A proteção da lactação contra as infecções é tão eficaz, que com aleitamento materno exclusivo se poderia evitar milhares de mortes de bebês a cada ano. Vale ressaltar que o leite humano apresenta fatores específicos anti-cólera e anti-dengue

5.6- Quando o bebê deve ser alimentado

O bebê deve ser alimentado sempre que tiver fome. Não existe horário fixo e, portanto, ele deve mamar sempre que quiser.

É importante que a primeira mamada seja o mais precoce possível, de preferência ainda na primeira hora de vida.

Quanto mais o bebê mama, mais leite a mama produz.

A sucção é o estímulo que irá liberar os hormônios responsáveis pela produção e ejeção do leite.

Durante as primeiras mamadas, a mãe poderá sentir cólica no baixo ventre. Este episódio reflete que está havendo contrações do útero, fazendo com que o mesmo volte ao tamanho normal.

Não é necessário complementar a amamentação com água, chá ou outro tipo de alimento até o 6º mês de vida.

Obs: Processos inflamatórios agudos (abscessos) serão encaminhados para serviços de urgência (Maternidades)

5 - ALEITAMENTO MATERNO

5.7 - Doação de leite humano

Baseado na resolução nº. 171/06 da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para os Bancos de Leite Humano, é recomendável que o profissional que assiste a gestante no Pré-Natal registre no Cartão da Gestante que a mesma está apta para a amamentação e a doação de leite.

Embora a seleção de doadoras seja de responsabilidade do Banco de Leite Humano ou Posto de Coleta de Leite Humano, os requisitos para a doação de leite devem ser observados pelo profissional que realiza o Pré-Natal e o Puerpério, para que seja possível detectar as mulheres consideradas aptas à doação e, ao mesmo tempo, estimular este ato, sempre que possível.

Devem ser consideradas aptas para doação, as nutrízes que atendem aos seguintes requisitos:

- estar amamentando ou ordenhando Leite Humano para o próprio filho;
- ser saudável;
- apresentar exames pré ou pós-natais compatíveis com a doação de Leite Humano;
- não fumar mais que 10 cigarros por dia;
- não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação;
- não usar álcool ou drogas ilícitas;
- realizar exames (Hemograma completo, VDRL, anti-HIV) quando o cartão de pré-natal não estiver disponível ou a nutriz não tiver realizado pré-natal;
- realizar outros exames conforme perfil epidemiológico local ou necessidade individual da doadora.

Em Belo Horizonte existem postos de coleta de leite humano assim relacionados:

- Hospital das Clínicas
- Hospital Municipal Odilon Behrens
- Hospital Sofia Feldman
- Hospital Julia Kubtscheck
- URS Saudade
- Santa Casa

O Banco de Leite está localizado na Maternidade Odete Valadares.

6 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

6.1 Atribuições dos Profissionais de Saúde

6.1.1- Atribuições comuns:

- Captação precoce da gestante – Toda a ESF com prioridade para os ACS
- Diagnóstico da gravidez – Generalista ou ginecologista.
- Confirmado o diagnóstico, cadastro e agendamento imediato da primeira consulta – Generalista ou enfermeiro.
- Se não confirmado o diagnóstico, garantir consulta para avaliação da amenorréia e encaminhamento para o planejamento familiar – Generalista ou enfermeiro.
- Realização da primeira consulta, com vinculação à maternidade de referência, solicitação dos exames do protocolo e agendamento do retorno com garantia de vaga – Generalista ou enfermeiro.
- Realização da segunda consulta para avaliação dos exames solicitados e classificação do risco – Generalista, ginecologista ou enfermeiro. O profissional escalado para realizar a consulta será definido consensualmente pela ESF, de acordo com competências, respeitadas as atribuições
- Realizar as consultas subsequentes, sempre avaliando o risco e garantindo agenda de retorno – Generalista e enfermeiro em consultas intercaladas.
- Acompanhar gestantes que apresentem alterações em seu pré-natal, mas que não constituam critérios para o acompanhamento no alto risco – Generalista, ginecologista ou enfermeiro
- Fazer encaminhamento responsável ao pré-natal de alto risco quando necessário, mantendo o acompanhamento da gestante na unidade e a sua inclusão em todas as atividades educativas previstas na unidade – Generalista e enfermeiro.
- Participar de atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários durante a gravidez, preparando a gestante para o parto e aleitamento materno – Toda a ESF
- Realizações de visitas domiciliares com o objetivo de acompanhar a gestante, identificar os fatores de risco e fazer as orientações e os encaminhamentos necessários – Toda a ESF.
- Aconselhamento referente à vacinação antitetânica – Toda a ESF.
- Monitoramento das pacientes faltosas à consulta de pré-natal ou de puerpério para posterior busca ativa – Generalista, enfermeiro ou ginecologista.
- Consulta de Enfermagem da puérpera e do RN no momento do teste do pezinho(5º dia), ou até o 10º dia de puerpério, com garantia do agendamento de consulta médica até o 40º dia
- Consulta de puerpério – Generalista ou ginecologista
- Encaminhar todas as puérperas que comparecerem às ações do 5º dia para avaliação da ESF – Responsável pela sala de vacina

6 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

6.1.2 - Atribuições do ACS

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à ESF;
- Estar em contato permanente com as famílias, principalmente através das visitas domiciliares, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e prevenção das doenças bem como estimulando a autonomia e autocuidado, de acordo com o planejamento da equipe;
- Orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas pelo centro de saúde e também quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Acompanhar no mínimo uma vez a cada mês, por meio da visita domiciliar, todas as famílias sob sua responsabilidade mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- Identificar os usuários que não aderiram às atividades programadas nos protocolos assistenciais, ações de vigilância epidemiológica ou outras que tenham sido previstas pela equipe, estimulando a sua participação e comunicando à equipe os casos onde a sensibilização não foi suficiente;
- Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição do centro de saúde;
- Realizar a entrega nos domicílios de medicamentos prescritos ou informar aos usuários a marcação de consultas e exames especializados, em situações especiais, definidas e avaliadas pela equipe ou pelo gerente do Centro de Saúde;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à Unidade de Saúde para a inscrição no Programa de Pré-Natal;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar; Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Busca ativa de pacientes faltosas à consulta no pré-natal e no puerpério.
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

6.1.3 - Atribuições do Auxiliar de Enfermagem

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, sob supervisão do enfermeiro;
- Orientar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos;
- Participar de capacitação e educação permanente promovidas pelo enfermeiro e/ou demais membros da equipe;
- Participar de reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas

6 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

- identificados;
- Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição.

6.1.4 - Atribuições do Enfermeiro de Saúde da Família

- Planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, tendo como estratégia o contexto sociocultural e familiar;
- Supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem, merecendo destaque para as ações de imunização, preparo e esterilização de material, administração de medicamentos e curativos, bem como avaliar o procedimento de coleta de material para exame e dispensação de medicamentos realizados pelos auxiliares de enfermagem.
- Realizar consulta de enfermagem e prescrever o cuidado de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão-Resolução COFEN nº 159/1993
- Quando necessário e conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde, da SMSA e as disposições legais da profissão – Resolução COFEN nº 195/1997 e Resolução COFEN nº 271/2002, bem como no documento da regulação de patologia clínica, está respaldada a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos, após avaliação do estado de saúde do indivíduo;
- Planejar e coordenar a capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe do CS;
- Promover e coordenar reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados;
- Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição
- Planejar, coordenar, executar e avaliar ações educativas para as mulheres e suas famílias, incluindo grupos de gestantes, com abordagem das orientações contidas no item 1.4 deste protocolo;
- Utilizar a modalidade de grupos operativos com as gestantes de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências;
- Organizar e, sempre que possível, acompanhar a gestante em visita à maternidade de referência;
- Realizar consultas de pré-natal às gestantes de baixo risco, intercalando com médico generalista ou especialista, de acordo com a realidade da organização da ESF;
- Realizar avaliação do 5º. dia e consulta de enfermagem da puérpera;
- Realizar consulta de enfermagem do recém-nascido;
- Prescrição de cuidados de enfermagem para gestante, puérpera e recém-nascido;
- Prescrição de sulfato ferroso profilático para gestante de baixo risco;
- Solicitar exames laboratoriais complementares de rotina do pré-natal: hemograma; grupo sanguíneo e fator Rh;

6 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

coombs indireto; sorologia para sífilis; glicemia em jejum e pós-dextrosol; urina rotina; urocultura; sorologia anti-HIV; sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM); HBsAg; colpocitologia oncótica;

- Solicitar US obstétrica de rotina;
- Solicitar e/ou encaminhar para avaliação médica gestantes, puérperas e recém-nascidos com evidências de alterações da normalidade;
- Realizar visita domiciliar quando necessário.

6.1.5 - Atribuições do Médico de Saúde da Família

- Ser a referência médica da população adscrita, realizando atendimento aos usuários independentemente de idade, sexo ou qualquer outra característica do indivíduo e lidando com todos os problemas de saúde, em suas diversas dimensões, físicas, psicológicas, sociais, culturais e existenciais;
- Ser responsável pela prestação dos cuidados médicos continuados, longitudinalmente, levando-se em conta as necessidades do usuário e gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crônicos;
- Desenvolver abordagem centrada no indivíduo, desenvolvendo consultas clínicas, procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares;
- Buscar estabelecer uma relação médico-paciente efetiva ao longo do tempo, através de intervenções tanto apropriadas como efetivas, com processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doenças na comunidade;
- Realizar a gestão do cuidado bem como coordenar a prestação dos cuidados médicos, gerindo a interface com as demais especialidades;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, bem como de utilização da atenção especializada disponível no município, com indicações baseadas em evidências bem como aquelas definidas nos protocolos assistenciais do município;
- Registrar as consultas e ações realizadas no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição;
- Participar do planejamento e execução da educação permanente da equipe de saúde e dos ACS, junto aos demais membros da equipe do CS;
- Inscrever a gestante no Programa de Pré-Natal através do prontuário eletrônico, na primeira consulta, nas situações em que houver esta oportunidade, obtendo o número do SISPRENATAL e registrando-o na carteira da gestante, com o objetivo de iniciar o Pré-Natal mais precocemente possível;
- Identificar o risco gestacional a cada consulta e quando identificado realizar o encaminhamento para o serviço de referência de Pré-Natal de Alto Risco;
- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem Toxoplasmose ativa e HIV na gravidez, conforme este protocolo;

6 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

- Avaliar os resultados de todos exames de pré-natal, inclusive o exame de Papanicolaou e encaminhar as citologias alteradas ao serviço de referência;
- Tratar e monitorar o controle de cura das gestantes com diagnóstico de Sífilis;
- Participar com a equipe no monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (US e serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída;
- Avaliar e programar o esquema de imunização;
- Realizar avaliação do 5º. dia e consulta puerperal.

6.1.6 - Atribuições do Médico Ginecologista

1) Pré-natal

- Acompanhar gestantes que apresentem alterações em seu pré-natal, mas que não constituam critério para acompanhamento no alto risco:
Sangramentos na gravidez; Sintomas/sinais acentuados ou pouco usuais (cefaléias persistentes, dores abdominais, febre, etc); Infecção trato urinário (ITU); Epilepsias bem controladas; Alterações na curva de ganho de peso; Anemia leve (Hb entre 8 e 11 mmHG); Perda fetal ou outro mal resultado obstétrico anterior; Gestação gemelar; Sífilis na gravidez; Vulvovaginites atípicas; Gestantes com outras intercorrências clínicas (sinusite, bronquite, síndrome hemorroidária, grandes varizes, etc).
- Identificar risco gestacional nas gestantes sob sua supervisão a cada consulta e realizar o encaminhamento para o serviço de referência de Pré-Natal de Alto Risco;
- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem Toxoplasmose ativa e HIV na gravidez, conforme este protocolo;
- Os atendimentos poderão se dar como interconsultas pontuais ou acompanhamento pré-natal rotineiro, dependendo da avaliação da própria equipe que deverá individualizar os casos.
- Na eventualidade da ausência do generalista no centro de saúde, o ginecologista deverá intercalar as consultas de pré-natal com o enfermeiro.

2) Puerpério

- A avaliação no 5º dia, para todas as puérperas, deverá ser realizada pelo enfermeiro ou generalista, mas deverão ser encaminhadas para o ginecologista aquelas mulheres que estiverem sintomáticas ou aquelas que tiveram alguma complicação no parto ou puerpério, tais como: DHEG; Infecção puerperal; Mastite; Hemorragia pós parto; Depressão pós parto; Intercorrências clínicas.

7 - BIBLIOGRAFIA

- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Recomendações para a Organização da Atenção Básica na rede municipal, A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE: Recomendações para a organização local. Documento, maio de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. 3ª ed. 2006
- CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Curitibana. Atenção ao Pré-Natal, Parto, Puerpério e Assistência ao Recém Nascido. Curitiba, 2002.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério. 2ª. ed. Belo Horizonte, 2006.
- American Diabetes Association – Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2007 30: S42-47.
Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/30/suppl_1/S42
- United States Preventive Services Task Force – Screening for Gestacional Diabetes Mellitus. Fevereiro de 2003.
Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/gdm/gdmrr.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence – Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. Outubro de 2003.
Disponível em: http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal_Care.pdf
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006

Contra capa interna 2
em branco

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA BH
A PREFEITURA FAZ. BH ACONTECE.