



**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação
do Sistema de Saúde
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE

O presente “Protocolo” é um documento de análise objetiva para a implantação/Implementação da Rede de Atenção a Saúde Materno Infantil nos municípios que compõem as quatro Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, escrito com o propósito de subsidiar a sua organização e funcionamento.

Vitória 2017



Subsecretaria de Assuntos de Regulação O GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO ão a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação
Secretaria da Saúde de
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Ricardo de Oliveira

SUBSECRETÁRIO DE ASUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAUDE

Engre Beilke Tenório

GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Joanna de Barros Jaegher

CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Luciléia Rosa Heller

CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

Patrícia Védova

ELABORAÇÃO

Ary Célio de Oliveira

Eliane Pereira da Silva

COLABORAÇÃO

Grupo Condutor da Rede de Atenção Materno Infantil Região Norte

Grupo Condutor da Rede de Atenção Materno Infantil Região Sul

ORGANIZAÇÃO

Equipe Técnica Da Saúde Da Mulher



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e
Ordenação do Sistema de Saúde
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
O PRÉ-NATAL E A CAPACITAÇÃO PRECOCE DA GESTANTE	6
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE	7
PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	10
MATERNIDADES	11
FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO	13
COMPETENCIAS E ATRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS	14
UNIDADE BÁSICA	14
FLUXOGRAMA DA GESTANTE	15
AMBULATORIO ESPECIALIZADO	17
MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	18
MATERNIDADE DE ALTO RISCO	19
MATERNIDADE/HOSPITAIS P/ FLUXOS ESPECIAIS	20
RESUMO DO MAPEAMENTO DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL	21
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS	26
REFERENCIAS	31
ANEXOS	
FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA O AGENTE VINCULADOR MUNICIPAL	32



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e
Ordenação do Sistema de Saúde
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil
FICHA DE ENCAMINHAMENTO DAS GESTANTES PARA A

MATERNIDADE DE REFERENCIA	33
TERMO DE ADESÃO	34
MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE ALTO RISCO	35
MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL	36
NOTIFICAÇÃO DE OCORRENCIA	37
OFTALMOLOGIA	38
CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ	39
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	44
FLUXOGRAMA DOENÇA FALCIFORME GESTANTES	46
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO	47



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e
Ordenação do Sistema de Saúde
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

APRESENTAÇÃO

O enfrentamento das mortalidades infantil e materna coloca-se como uma das prioridades da política pública de saúde em todas as instâncias de gestão e assistência. Com esse escopo, a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo vem desenvolvendo a Implantação/Implementação da Rede Estadual de Atenção Materno Infantil objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno para todas as gestantes, parturientes, puérperas, neonatos e crianças do Estado.

Para tanto, conta com diferentes estratégias, setores e grupos de atuação, entre eles: os Comitês Estadual e Regional de Mortalidade Materna e Infantil, os Grupos Condutores Estadual, Regionais e Municipais da Rede Cegonha, Núcleo de Vigilância em Saúde, Rede Saúde Bucal, Núcleo e ou Laboratórios de Planejamento Regional, Comissão Intergestora Regionais, Agentes Vinculadores Municipais e Agentes Vinculadores Institucionais (das maternidades de referência), entre outros, oferecem ferramentas para o planejamento de ações estratégicas para a atuação em rede. E que em conjunto são responsáveis pelo matriciamento, monitoramento e regulação do atendimento a gestante além do pronto reconhecimento dos óbitos materno e infantil potencialmente evitáveis e definição das ações de melhoria da qualidade da assistência ambulatorial e hospitalar prestada às gestantes, prevenindo outros óbitos e garantindo um atendimento de qualidade.

Um dos fundamentos para implantação de uma rede de atenção à saúde são as diretrizes clínicas baseadas em evidências que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes pontos de atenção e serviços da rede. As recomendações visam ao manejo clínico, diagnóstico e o tratamento, e à organização da assistência baseando-se na estratificação de risco, parametrização da assistência, competências e atribuições de serviços e profissionais dentro da linha de cuidados.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e
Ordenação do Sistema de Saúde
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

O PRÉ NATAL E A CAPTAÇÃO PRECOCE DA GESTANTE

O pré-natal é o acompanhamento realizado pela equipe médica de uma Unidade de Saúde que tem como objetivo acompanhar as condições de saúde da gestante e do feto. Durante a gestação são realizados exames laboratoriais para identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou do feto. É importante que as gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada, ou antes, de completarem três meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce (BRASIL, 2012).

É extremamente importante que as gestantes cumpram o calendário traçado pela equipe de saúde e participem das práticas educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde. Tais práticas visam discutir assuntos relacionados à gestação (transformações físicas e emocionais que determinam também o acompanhamento do pré-natal), cuidados com a saúde durante a gestação, preparação para o parto, sinais de trabalho de parto, puerpério imediato, cuidados com o bebê, dentre outros.

Os profissionais devem garantir um acompanhamento pré-natal acolhedor e humanizado, garantindo o acompanhamento da gestante o mais precocemente possível até o final da gestação.

O acolhimento durante o pré-natal pode ser realizado de várias formas, dentre elas, pode-se citar a atenção voltada para escutar as queixas da gestante, seus anseios, suas preocupações esclarecendo os mitos ela cria em torno da fase que vive. Outro fator relevante é estimular a participação do (a) acompanhante durante as consultas do pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, o diálogo presente em um pré-natal humanizado possibilita a criação de um elo entre profissionais de saúde e gestantes.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e
Ordenação do Sistema de Saúde
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

Assim, foram propostos dois outros estratos de risco: o Médio Risco, para caracterizar a presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual; e o Muito Alto Risco, para caracterizar um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema), riscos estes que podem ser identificados durante o pré-natal, definindo, previamente ao parto, fluxos assistenciais diferenciados, que muitas vezes serão realizados fora do território das regiões de saúde, concentrando o serviço na região metropolitana.

É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco.

O quadro a seguir apresenta os estratos de risco, os fatores analisados e os critérios utilizados

RISCO HABITUAL Até 04 pontos	MÉDIO RISCO De 04 a 09 pontos	ALTO RISCO De 10 a 40 pontos	MUITO ALTO RISCO Mais de 40 pontos
--	---	--	--

Fatores	Critérios/Pontos				Pontuação
Idade da Gestante	Menor de 14 anos/ 1 ponto	De 14 a 34 anos / 0 ponto	Maior de 35 anos / 1 ponto		
Altura da Gestante	Menor que 1,45m / 1 ponto		Altura normal / 0 pontos		
Situação Familiar	Instável Sim (1 ponto) Não (0 ponto)		Aceitação da Gravidez Não (1 ponto) Sim (0 ponto)		
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0 ponto)		Não (1 Ponto)		
Tabagismo: É fumante?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0 Pontos)	Baixo Peso (IMC<18,5Kg/m ²) Ganho de peso inadequado e ou anemia (1 Ponto)	Sobrepeso ou Obesidade (IMC>25, 29,9Kg/m ²) (1 Ponto)	Obesidade (IMC> 30, + de 9Kg/m ²) (5 pontos)	
Antecedentes Obstétricos	Até 2 abortos (05 Pontos)				
	Mais de 2 Abortos Espontâneos (10 Pontos)				
	Natimorto (05 Pontos)				
	Parto prematuro (05 Pontos)				
	Mais de 01 parto prematuro (10 Pontos)				
	Óbitos Fetais (05 Pontos)				
	História de recém-nascido com crescimento restrito ou Malformação Fetal (05 Pontos)				
	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (02Pontos)				
	Eclampsia (10 Pontos)				
	Pré Eclampsia (05 Pontos)				
	Placenta Prévia e DPP (05 Pontos)				
	Incompetência Istmo-cervical (10 Pontos)				
	Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores (05 Pontos)				
	Diabetes gestacional (05 pontos)				

	Nuliparidade e grande multiparidade (05 pontos)	
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	Ameaça de aborto (05 Pontos)	
	Anomalia do Trato Geniturinário (05 Pontos)	
	Placenta Prévia (10 Pontos)	
	Câncer Materno (10 Pontos)	
	Isoimunização/Doença Hemolítica (10 Pontos)	
	Esterilidade Tratada (05 Pontos)	
	Neoplasia Ginecológica (10 Pontos)	
	Malformações Congênitas (10 Pontos)	
	CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10 Pontos)	
	Polidrâmnio e Oligodrâmnio (10 Pontos)	
	Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III) (10 Pontos)	
	DHEG, Diabetes Gestacional (10 Pontos)	
	Gestação Gemelar (10 Pontos)	
	Insuficiência Istmo-cervical (10 Pontos)	
	Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada (05 Pontos)	
	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (10 Pontos)	
	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10 pontos)	
Diabetes gestacional (05 pontos)		
	Óbito fetal (10 pontos)	
Condições Clínicas Preexistentes	Aneurismas (20 pontos)	
	Aterosclerose (05 pontos)	
	Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico (05 pontos)	
	Cardiopatias (15 pontos)	
	Doenças auto-imunes , LES e outras colagenoses (15 pontos)	
	Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05 pontos)	
	Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellitus e tireoidopatias) (10 pontos)	
	Epilepsia (10 pontos)	
	Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros) (10 pontos)	
	Nefropatias, Hemopatias, Pneumopatias e Hipertensão arterial (10 pontos)	
	Trauma (10 pontos)	
	Tromboembolismo (10 pontos)	
	Doenças infecciosas bucais (05 pontos)	
	Doenças Infecciosas (hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIV e outras DSTs (10 pontos)	
Neoplasias (10 pontos)		
Intercorrências Clínicas	Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose etc.) (10 pontos)	
	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias). (10 pontos)	
PONTUAÇÃO TOTAL		

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a

gestante ou o recém-nascido.

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTENCIA

Parâmetros para estimativa do Número de gestantes de um território sanitário:

- 01- Cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano:
número de nascidos vivos no ano anterior + 10%
- 02- Cálculo de Gestantes de Risco Habitual: 85% das gestantes estimadas
- 03 - Cálculo de Gestantes de Alto Risco: 15% das gestantes estimadas

MATERNIDADES DE REFERÊNCIA E TIPOS DE RISCO

TIPO DE RISCO
Risco Habitual/ Médio Risco
Alto Risco/Muito Alto Risco

MATERNIDADES

R. Metropolitana	
Cariacica Hospital e Maternidade de Cariacica	Cariacica, Viana, Santa Leopoldina.
Serra H.Mater.de Carapina	Serra
Vila Velha H Municipal de V Velha Cobilândia	Vila Velha
Vitória Promatre Vitória	Vitoria
Domingos Martins H.Dr.Arthur Gerardt	Domingos Martins, Marechal Floriano
Venda Nova Imigrante H.Padre Máximo	Afonso Claudio, Brejetuba, Ibatiba, Conceição do Castelo, Laranja da Terra, Venda Nova do Imigrante
Guarapari HIFA	Guarapari
Santa Teresa H. Madre Regina Prottman	Fundão, Itarana, Itaguaçu, Santa Teresa, Santa Maria de Jetibá
Região Central	
Aracruz H.Mater.São Camilo	Aracruz, Ibraçu, João Neiva
Baixo Guandu H.Dr.João Santos Neves	Baixo Guandu
Linhares São José	Linhares, Rio Bananal, Sooretama,

Colatina Sta.Casa de Misericórdia de Colatina	Colatina
Hospital São José	Alto Rio Novo, Marilândia e São Roque do Canaã, São Gabriel Palha, São Domingos do Norte, Gov. Lindemberg, Pancas e Vila Valério.
Região Norte	
São Mateus H.Mater.N.S.Aparecida	Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, São Mateus, Ponto Belo e Mucurici
Barra de São Francisco H.Dra.Rita de Cássia	Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ecoporanga
Nova Venécia H.São Marcos	Boa Esperança, Nova Venécia, Vila Pavão
***Os Municípios de Pinheiros e Montanha pactuaram em CIR Norte a realização dos partos nos respectivos municípios até a ampliação da maternidade Nossa Senhora Aparecida.	
Região Sul	
Cachoeiro de Itapemirim Sta.Casa de Cachoeiro	Alfredo Chaves, Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui e Vargem Alta
Guaçuí Sta.Casa de Guaçuí	Alegre, Dores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Guaçuí, Irupi, Iuna, Muniz Freire
Itapemirim H.Menino Jesus	Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piuma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul.
São José do Calçado H. São José	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado

MATERNIDADES PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO POR MUNICÍPIO.

Região Metropolitana	
Serra H.Dr.Jayme dos Santos Neves	Fundão, Itarana, Itaguaçu, Santa Teresa, Santa Maria de Jeribá, Serra, Afonso Claudio, Brejetuba, Ibatiba, Conceição do Castelo, Venda nova do Imigrante, Vila Velha, Domingos Martins, Marechal Floriano, Cariacica, Viana, e Santa Leopoldina
Vitória H.U.C.A.M	Vitória
Região Central e Norte	
Colatina H.Mater.São José	Água Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindemberg, Mantenópolis, Marilândia, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã e Vila Valério. Água Doce do Norte, B. de São Francisco, Vila Pavão, Ecoporanga, Pancas, Nova Venécia, Aracruz, Conceição da Barra, Ibirapu, Jaguaré, João Neiva, Linhares, Pedro Canário, Mucurici, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Sooretama, a Esperança
Região Sul	
Cachoeiro de Itapemirim H.Evangélico de Cachoeiro	Alegre, Alfredo Chaves, Atilio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui e Vargem Alta, Dolores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi e Luna, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piuma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado, Muniz Freire e Guaçuí.

FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO

Um dos componentes das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção à saúde, serviços que se distribuem nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, organizados nos territórios do município, da região de saúde e do estado.

Os pontos de atenção são definidos considerando os princípios de escala, qualidade e acesso, mas obedecendo, antes de tudo, à necessidade de saúde.

Assim, a estratificação de risco, identificando diferentes situações de gravidade, indica níveis também diferentes de necessidade de saúde, o que, por sua vez, define o tipo de cuidado que deve ser ofertado nos vários serviços.

O quadro a seguir apresenta os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação.

ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO
Risco habitual e Médio Risco	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Alto e Muito Alto Risco	Unidade Básica de Saúde Saúde + Ambulatório de Alto Risco Municipal ou Regional e outros Serviços de Referência para Gestação de risco, Rede Cuidar + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Maternidade e/ou Hospitais referência especiais.

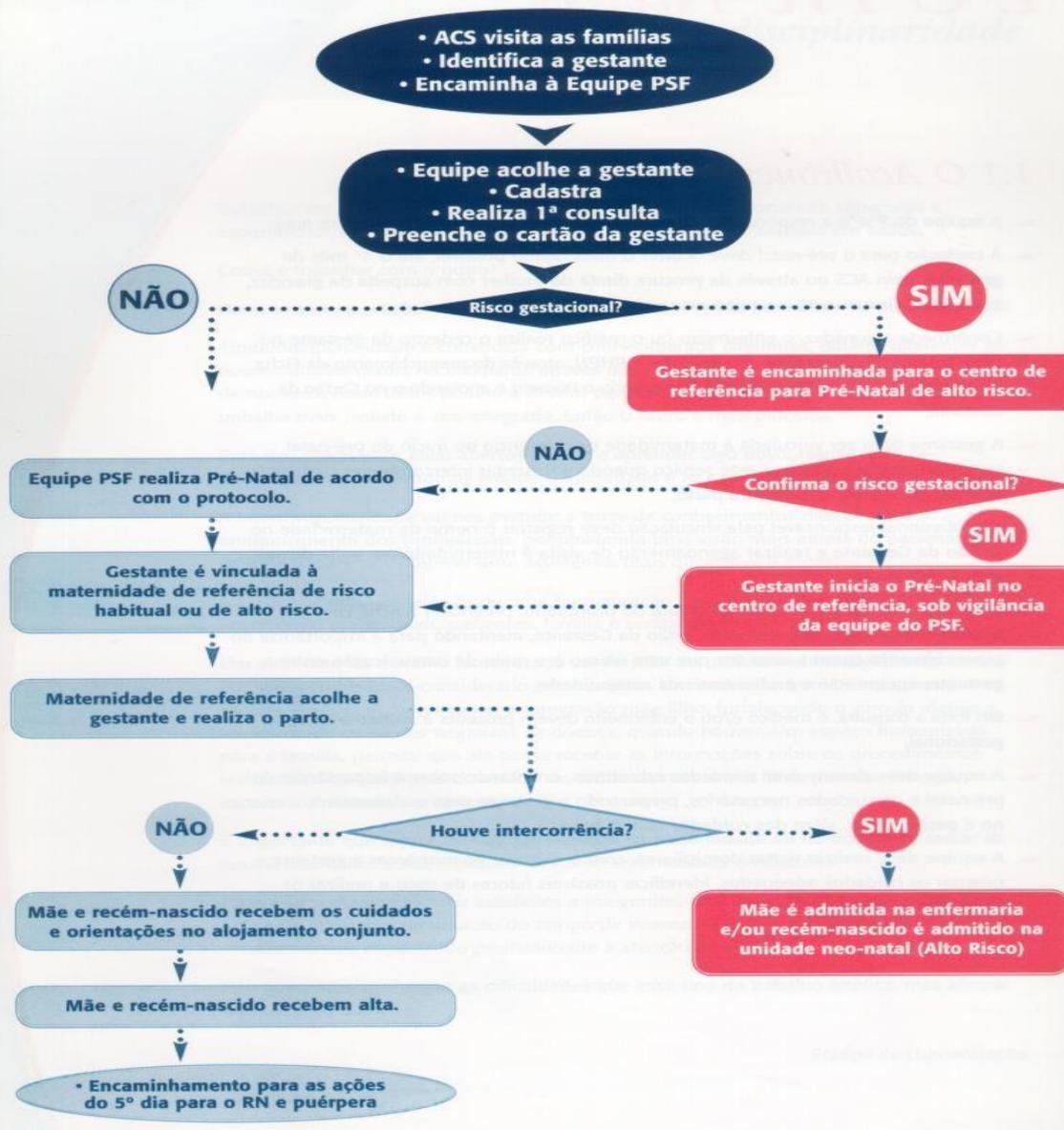
COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS

Considerando que todas as etapas do Programa de Planejamento Familiar do Município foram realizadas e a gravidez foi confirmada, cabe aos profissionais da

Unidade Básica de Saúde:

- 1) Estabelecer o fluxograma da gestante:

Fluxograma da Gestante



- Garantir a consulta de pré-natal e melhoria da qualidade da assistência prestada;
- Garantir os exames de pré-natal, com acesso e tempo oportuno dos resultados;
- Garantir contínua do acesso aos medicamentos no pré-natal;

- Estabelecer agentes vinculadores nas UBs e ESF;
 - Instituir a ferramenta de referência e contrarreferência;
 - Preencher o Mapa de Vinculação da Gestante;
 - Estabelecer vínculo da gestante com o serviço referência ambulatorial e a maternidade no início do pré-natal, com organização de fluxos de referência e contrarreferência;
- 2) Orientar a gestante quanto ao encaminhamento ao serviço de referência municipal de consultas e exames e esclarecer que o vínculo com a equipe continua, caso o pré-natal seja centralizado no município e não seja realizado por todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família;
 - 3) Acionar o Serviço de Referência Municipal para agendar a primeira consulta (quando existir tal serviço), ou já agendar a primeira consulta na própria UBS;
 - 4) Já na primeira consulta, se for possível, a gestante deverá passar pela primeira consulta odontológica programática ou ter sua consulta agendada para posterior Tratamento Odontológico e monitoramento de sua Saúde Bucal alcançada;
 - 5) Até que aconteça a primeira consulta, a equipe da UBS deve manter o acompanhamento da gestante;
 - 6) A equipe da UBS deve manter uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas.
 - 7) Os profissionais da UBS devem estar atentos a todos os cuidados da anamnese, exame físico geral, exame gineco obstétrico e ao preenchimento da Caderneta da Gestante;
 - 8) A gestante deve ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez;
 - 9) Já na primeira consulta a gestante deve ser preparada para a vinculação a maternidade e ao ambulatório especializado de referência, e receberá informações sobre seus direitos e deveres durante o pré-natal e além da importância da participação do seu parceiro/futuro pai em todo o processo;

- 10) A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado. É importante lembrar que alguns municípios definiram que a porta de entrada para qualquer intercorrência durante a gestação é a Unidade Pronto Atendimento.
- 11) Para vincular a gestante a UBS enviará ao Agente Vinculador Municipal todas as informações necessárias sobre a gestante, conforme documento constante no **Anexo I**, assim que a gestante for cadastrada na unidade;
- 12) O Agente Vinculador Municipal por sua vez, fará um compilado com as novas gestantes do município e enviará para a Maternidade de Referência o mais breve possível, garantindo que a Maternidade tenha conhecimento da existência das novas gestantes, conforme o **Anexo II**;
- 13) Os profissionais da UBS devem realizar atividades Educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o parto, o aleitamento materno e além dos cuidados com o bebê;
- 14) Ainda nas primeiras consultas, de preferência no primeiro trimestre da gestação, a gestante deve assinar o documento que informa sobre o direito a visita à maternidade após a 30ª semana de gestação (**Anexo III**), sinalizando o seu interesse para que o município se organize e a visita possa ocorrer de forma tranquila;
- 15) A guia de referência deve ser adequadamente preenchida quando a gestantes atingir a 36ª semana de gestação, pelo médico (a) responsável por todo o pré-natal e/ou conforme avaliação clínica da paciente antes mesmo desta idade gestacional. A referida guia deve ser entregue a gestante juntamente com o cartão da gestante e a descrição do escore de risco, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe da UBS e profissionais da maternidade;
- 16) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação (**Anexo IV**), onde entram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas. O Mapa deve ser atualizado semanalmente retirando as gestantes que já realizaram o parto e acrescentando as gestantes que atingiram a idade gestacional mínima para sua inclusão no mapa.

Ambulatório Especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar

- 1) Estabelecer um agente vinculador e ou referência para contato junto à unidade básica onde a gestante realiza o pré-natal e ou a maternidade de referência para a gestação de risco;
- 2) O profissional agente vinculador e ou referência responsável pelo

- 3) Ambulatório especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar, caso a gestante não tenha registro, deve registrar o nome da maternidade de referência no Cartão da gestante e encaminhar a unidade básica de origem para que seja realizado o agendamento de visita à maternidade a partir do sexto mês de gestação e ou de 30 semanas de gestação;
- 4) Uma vez recebida a gestante para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal;
- 5) O profissional agente vinculador e ou referência responsável pelo ambulatório especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar deverá manter a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da ~~carta~~ referência e ou plano decidoado;
- 6) O formulário de encaminhamento da gestante a maternidade de referencia a gestação de alto risco (Referencia) deverá ser adequadamente preenchido após a 36 semana de gravidez e ou conforme a avaliação clínica da paciente no cartão da gestante e preenchido o mapa de vinculação, atentando para o preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe ESF, os profissionais da unidade especializada e os profissionais da maternidade;
- 7) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação (**Anexo IV**), onde entraram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas.
- 8) A gestante ao ser vinculada a maternidade de referência deve ser orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado;
- 9) Entrar em contato prévio pelo telefone a maternidade de referência e envio do mapa de vinculação semanalmente e/ou mensalmente se for o caso.

Maternidade de Risco Habitual

- 1) Vigilância e cuidado a todas as gestantes admitidas, segundo os protocolos clínicos implantados na instituição;
- 2) Realização de acolhimento e classificação de risco da gestante;
- 3) Identificação das gestantes com maior nível de gravidade, estabilização e

transferência para maternidade de maior complexidade, quando for necessário;

- 4) Utilização do partograma para monitoramento do trabalho de parto;
- 5) Prestação de assistência à parturiente com problemas não previsíveis que ocorrem durante o parto e o nascimento;
- 6) Capacidade para realização de cesárea após 30 minutos da indicação médica;
- 7) Disponibilidade de anestesia, radiologia, ultrassonografia, laboratório e serviço de banco de sangue;
- 8) Assistência às condições pós-parto;
- 9) Assistência neonatal ao nascimento com um profissional capaz dos procedimentos de reanimação e um profissional facilmente alcançável, competente para todos os procedimentos de reanimação;
- 10) Ressuscitação e estabilização de todos os recém-nascidos;
- 11) Alojamento conjunto para todas as mães e os recém-nascidos clinicamente estáveis;
- 12) Disponibilização de leitos neonatais de apoio para assistir e estabilizar recém-nascidos prematuros ou doentes antes da transferência para uma Unidade Neonatal;
- 13) Regulação e transferência do neonato prematuro ou doente para a UNN;
- 14) Registro de dados e monitoramento da assistência;
- 15) Programas de melhoria da qualidade incluindo medidas de segurança do paciente.
- 16) Recebimento da relação das gestantes dos municípios a ela referenciados e dos mapas de vinculação para melhor organização e gerenciamento de leitos;
- 17) Manter um Agente Vinculador Institucional que responda junto aos Agentes Vinculadores Municipais pelo agendamento da visita da gestante e outras necessidades;
- 18) Manter informados todos os profissionais envolvidos no atendimento as gestantes e neonatos (médicos obstetras, pediatras, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc.) sobre as decisões e avaliações do Grupo Condutor da Rede de Atenção Materno Infantil, bem como das legislações vigentes.

Maternidade de Alto Risco

Todas as competências da Maternidade de Risco Habitual, acrescidas de:

- 1) Assistência às gestantes de alto risco admitidas e transferidas de outras maternidades;
- 2) Estabilização de parturientes/puérperas e recém-nascidos malformados severamente doentes e assistência até transferência para unidades de maior

complexidade;

3) Assistência às gestantes e aos recém-nascidos de risco resultado de complicações clínicas anteriores à gestação atual e complicações obstétricas da gestação atual.

Obs.: a) Essas maternidades deverão ser as habilitadas para assistência às gestantes e ao RN de risco, segundo portarias ministeriais com garantia de estrutura física, recursos humanos e equipamentos, incluindo unidade neonatal de cuidados progressivos.

b) Não cabe ao médico plantonista questionar o encaminhamento do médico que acompanhou o pré-natal para a maternidade de alto risco. A gestante precisa ter seus direitos assegurados no momento do parto. Qualquer dúvida em relação a estratificação do risco deverá ser notificada (Anexo V) ao Grupo Condutor da RAMI para posterior tratativa, sem que haja prejuízos para a gestante.

Maternidade/Hospitais para fluxos especiais

Todas as competências da Maternidade de Alto Risco, acrescidas de:

1) Assistência perinatal abrangente para todas as parturientes e os recém-nascidos, de todos os níveis de risco: gestantes com doenças clínicas e obstétricas não controladas e severamente doentes que demandam cuidado especializado: cardiopatias graves, nefropatias graves, doenças sistêmicas – lúpus eritematoso, câncer e outras especificadas em protocolo; RN prematuros extremos e alguns tipos de malformação congênita.

Obs.: Maternidades habilitadas para assistência de risco (portarias ministeriais) com características gerenciais e assistenciais que possam garantir a demanda clínica acima especificada além de estarem habilitadas para assistência à população de risco e identificadas para responderem aos fluxos especiais.

IMPORTANTE

Os profissionais de saúde convivem hoje com uma nova realidade nos serviços de assistência, surge a cada dia um processo contra um médico ou um serviço, no que é denominada medicina defensiva. Nesse enfrentamento o profissional precisa ter os seus direitos também assegurados, e para tanto é necessário o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos na legislação vigente. É preciso que todos se conscientizem da importância do **REGISTRO MÉDICO**, principalmente naqueles casos onde acontece alguma intercorrência, onde as anotações serão consideradas ferramentas fundamentais na elucidação dos casos nos fóruns, tanto administrativos como legais. O registro realizado nos

serviços de saúde é um direito que deve ser assegurado a todos e, mais que isso, é uma atitude de cidadania.

O profissional de saúde deve estar em completa sintonia com os direitos assegurados à gestante; eles devem ser respeitados para que se garanta uma gravidez saudável e um parto seguro. É importante que os direitos trabalhistas também sejam respeitados e é direito da gestante a declaração de comparecimento quando for às consultas do pré-natal ou fizer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez.

Finalmente, é importante reiterar a necessidade do **adequado preenchimento de todos os instrumentos de registro disponíveis**, para que a assistência prestada à gestação seja de qualidade; com isso se asseguram os direitos da gestante, lembrando que o prontuário não pertence ao serviço e deve estar disponível para qualquer tipo de esclarecimento solicitado pela gestante ou por uma autoridade judiciária, prevê as legislações vigentes, entre elas a RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011.

A estruturação da rede, além da disponibilidade de serviços, também implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema como um todo.

Embora essas ações já venham sendo preconizadas pelo Ministério da Saúde desde 2000 no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) – Portarias nº 569, nº 570, nº 571 e nº 572 –, ainda encontram-se deficiências e estrangulamentos, principalmente para partos de alto risco. Por isso, definimos nesta Nota Técnica as responsabilidades de cada unidade de saúde na linha de produção do cuidado à gestante com sua devida estratificação de risco, incluindo a especificidade da gestação de alto risco, as competências da unidade de saúde e as competências da maternidade na assistência à gestante de alto risco.

Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.

RESUMO DO MAPEAMENTO DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL

O próximo quadro sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITU	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO



Identificação e cadastro	Na UBS	<ul style="list-style-type: none"> - Situação ideal: imediatamente após a confirmação da gestação. - Situação mínima: no primeiro trimestre de gestação. 	
Primeira Consulta	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínico-obstétrica. - Cálculo inicial da DPP pela DUM. - Estratificação do risco Gestacional. - Avaliação do calendário Vacinal. - Solicitação de exames Complementares. - Cadastramento no SIS Pré-Natal. - Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante. - Vinculação à maternidade - Agendamento do retorno - Realizar na primeira consulta os Testes rápidos de HIV e Sífilis. - Solicitar US obstétrica pois no sistema SISPRENATAL é obrigatório estar marcado a 	<ul style="list-style-type: none"> - Situação ideal: 24 horas após o cadastro. - Situação mínima: até uma semana após o cadastro. 	
1ª Consulta odontológica programática	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínica odontológica e plano de tratamento terapêutico 	<p>Prazo mínimo: de preferência no início da gestação; Prazo máximo: um mês após a primeira consulta. Acompanhamento, pelo menos, trimestral para gestante de médio e baixo risco; Acompanhamento mensal para gestante de alto risco.</p>	
Segunda consulta	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínico-obstétrica - Confirmação da idade gestacional - Análise dos resultados de exames complementares - Estratificação do risco gestacional - Avaliação do calendário vacinal - Definição do Plano de Cuidado - Preenchimento do Cartão da Gestante - Agendamento do retorno 	<p>Prazo máximo: um mês após a primeira consulta. Obs.: O retorno ideal com os resultados de exames são 15 dias para avaliação e correta classificação do risco.</p>	
Consultas subsequentes do pré-natal	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínico-obstétrica - Confirmação da idade gestacional - Estratificação do risco gestacional - Preenchimento do Cartão da Gestante - Reavaliação do Plano de Cuidado - Revisão da vinculação à maternidade, de acordo com a estratificação de risco 	<p>Mínimo de uma consulta mensal até 32ª semana, quinzenal até 34ª semana e semanal até o parto (médicas e de enfermagem alternadas).</p>	<p>Mínimo de uma consulta a cada 6 semanas até 32ª semana para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 38ª semana e semanal até o parto para monitoramento e avaliação de trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)</p>

	- Agendamento do retorno			
	No Ambulatório de Alto Risco, para os mesmos itens descritos acima.	Não é necessário	Mínimo de uma consulta médica a cada mês. Mínimo de uma consulta de enfermagem a cada mês. Mínimo de uma avaliação multiprofissional com nutricionista, psicólogo e assistente social.	
	Nos Serviços Especializados	Não é necessário	Não é necessário	De acordo com a avaliação clínica
Exames laboratoriais	<u>1º trimestre:</u> Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto; Teste rápido para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha); Glicemia jejum; Urina-rotina; Urocultura c/ antibiograma; Teste rápido para HIV (1ª escolha) ou Anti-HIV (2ª escolha); Toxoplasmose IgM e IgG; Hepatite B (HBsAg); Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de proteínas (de fita)	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal na primeira consulta do pré-natal, de acordo com o protocolo. Coombs indireto: realizar para todas as gestantes Rh -; repetir exames mensalmente; Proteinúria (de fita): para as gestantes com alteração de níveis pressóricos; caso positivo, realizar proteinúria 24h.		
	<u>2º trimestre:</u> Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível; Glicemia jejum; Teste de tolerância à glicose (1h e 2h após 75g de dextrosol); Teste rápido para sífilis	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal		
	<u>3º trimestre:</u> Hemograma; Teste rápido para sífilis ou VDRL; Teste rápido para HIV ou Anti-HIV; Urina-rotina; Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível. Pesquisa Streptococcus B, segundo o protocolo	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal		
	Exames adicionais preconizados para as gestantes de alto risco conforme o disposto na Portaria nº650/2011.			De acordo com a avaliação clínica e os protocolos existentes.

<p>ATENÇÃO: Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados: Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA- Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA) e MAIS um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST). A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.</p> <p>A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, e as recomendações para a sua utilização constam no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) produzido pelo Ministério da Saúde e publicado em 2016.</p> <p>Observação: as gestantes devem ser seguidas em intervalos mais curtos, mensalmente, para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.</p>		
Outros exames	Ultrassom obstétrico	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal: - Situação ideal: US entre 11 e 13 semanas para datação e entre 18 e 22 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal. - Situação mínima: US entre 18 e 22 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal.
	Ultrassom obstétrico com doppler	De acordo com a avaliação clínica
	Cardiotocografianteparto	De acordo com a avaliação clínica
	ECG	De acordo com a avaliação clínica
	Ecocardiogramas materno e fetal	De acordo com a avaliação clínica
Medicamentos profiláticos	Ácido fólico Sulfato ferroso	Ácido fólico - início pré-concepcional até a 14ª semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal. - Ácido fólico para prevenção de anemia materna até o final da gestação. - Sulfato ferroso profilático: a partir do 5º mês até o final da gestação. - Sulfato ferroso terapêutico nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação
Imunização	Dupla adulto (dT) e/ou dT pa tipo adulto dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche	- Gestantes NÃO vacinadas previamente: administrar duas doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico e uma dose contendo os componentes difteria, tétano e coqueluche com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias - administrar duas doses de dT e uma de dTpa (preferencialmente entre 27ª e 36ª semanas de gestação); - Gestantes vacinadas com uma dose de dT: administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de
		30 dias; - Gestantes vacinadas com duas doses de dT: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação; - Gestantes vacinadas com três doses de dT: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação; - Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação; - Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos e menos de 10 anos: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação; - Gestantes vacinadas com pelo menos uma dose de dTpa na rede privada: se aplicou dTpa em gestação anterior, aplicar dTpa na gestação atual na 27ª a 36ª semanas de gestação e seguir orientações acima citadas. Se aplicou dTpa na gestação atual, seguir orientações acima citadas. Atenção: em áreas de difícil acesso a vacina dTpa poderá ser administrada a partir da 20ª semana de gestação. Gestantes que não foram vacinadas com a dTpa durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precoce possível.

	Hepatite B	- Gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional: sem comprovação vacinal administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B. - Em caso de esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada. - Em situações de atraso vacinal, considerar intervalo mínimo de 60 dias entre a segunda e a terceira dose.
	Influenza	A vacina influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe.
Visita à maternidade de referência		No início do terceiro trimestre.
Atividade educativa	Realizar grupos operativos de gestantes: tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento materno.	No mínimo três grupos operativos por gestante.
Visita domiciliar	Equipe da UBS e ACS	Mensal ou de acordo com o Plano de Cuidados, que deve ser monitorado.

- Avaliação permanente da assistência pré-natal: procedimento com foco na identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como no desempenho do serviço. Deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de saúde, nos relatórios obtidos por intermédio do SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência.

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- Porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto);
- Porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres Inscritas;
- Porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas;
- Porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de crianças com tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados;
- Porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após o encaminhamento.

O novo sistema SisPreNatal web tem a finalidade de cadastrar as gestantes

por intermédio do acesso à base do Cadastro de Usuários do SUS (CAD- SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma *web*, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011.

Além disso, o preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SisPreNatal possibilita: (i) a vinculação da gestante ao local do parto; (ii) o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco; (iii) o acompanhamento odontológico; (iv) o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno; (v) o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; (vi) o monitoramento da efetividade da presença do(a) acompanhante; e (vii) o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Agente comunitário de saúde:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para
- Consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Auxiliar/técnico (a) de enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Enfermeiro(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada

diretamente ao serviço de referência;

- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Médico(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Cirurgião(ã)-dentista:

- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada

consulta de pré-natal);

- Realizar a consulta odontológica de gestação de baixo risco, médio e alto risco;
- Solicitar exames complementares e orientar e realizar o Tratamento Odontológico, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Orientar a gestante quanto a importância da redução de ingestão de alimentos açucarados na dieta
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez, sendo o período mais apropriado para isso, o segundo trimestre da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas em qualquer período gestacional, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez como sangramento gengival e/ou inflamação gengival;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade (CEO), caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Solicitar a busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação no desenvolvimento da musculatura e no crescimento ósseo para a dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal para toda a família.

Consulta de enfermagem/enfermeira (o) na atenção à gestante

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela **Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.**

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio.

Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez – período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente: é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Outras atribuições são também a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

As atividades da (o) parteira (o) são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília, 2004c.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, Diário Oficial [da] União, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, Diário Oficial [da] União, 8 abr. 2005, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Nota técnica mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, 2006e.

ANEXO I

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA O AGENTE VINCULADOR MUNICIPAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MUNICÍPIO: _____ UNIDADE: _____
ÁREA: _____ MICROÁREA: _____
MÉDICO (A): _____
ENFERMEIRO (A): _____
ACS: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
OUTROS MEIOS DE CONTATO: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
NOME DA MÃE DA GESTANTE: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
TELEFONE: _____ OUTROS CONTATOS: _____
Nº DO CARTÃO DO SUS: _____ CPF Nº: _____
Nº DA GESTAÇÃO NO SISPRENATAL: _____
DATA DA 1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL: _____
DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: _____ IDADE GESTACIONAL: _____
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO (ASSINATURA E CARIMBO):



ANEXO II

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DAS GESTANTES PARA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO: _____ AGENTE VINCULADOR: _____ TELEFONE DE

CONTATO: _____ E-MAIL: _____

PERÍODO DE REFERÊNCIA: _____

DATA DO ENCAMINHAMENTO: _____

Nº	NOME DA GESTANTE	IDADE	UBS DE REFERÊNCIA	DUM	IDADE GESTACIONAL	OBSEVAÇÕES
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Assinatura e carimbo do Responsável

ANEXO III

TERMO DE CONHECIMENTO E ADESÃO

A Lei Federal nº 11.340/2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto. Já a Lei nº 11.108/2005 e a Portaria nº 2.418/2005 obrigam os serviços de saúde a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acompanhante este indicado pela parturiente.

Com o intuito de diminuir a ansiedade das futuras mães dos municípios adstritos a Região Sul do ES, comuns ao período de internação para a realização do parto, elaboramos este termo para garantir que todas as gestantes sejam informadas dos seus direitos e se manifestem a respeito da vontade ou não de Realizar a visita à sua maternidade de referência, e a ter um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, garantindo uma melhor organização das maternidades e dos gestores municipais.

A ideia é familiarizar às gestantes ao ambiente hospitalar da Maternidade, antes que o parto aconteça, por meio de visitas pré-agendadas antes do nascimento do bebê, mais precisamente por volta da 30ª semana de gestação.

A visita a Maternidade de referência permite a gestante conhecer as instalações da maternidade além de ser uma ótima oportunidade para se informar e tirar as dúvidas sobre: documentos necessários para internação, saber o que o hospital exige que os pacientes levem, conhecer o trajeto para chegar à maternidade, se informar a respeito dos horários de visitas e número de visitantes, conhecer as regras da instituição quanto ao acompanhante, entre outras dúvidas ou questionamentos.

As visitas serão agendadas pelo Agente Vinculador Municipal, conforme os critérios estabelecidos pelas Maternidades de Referência e informados aos municípios por meio formal. A gestante será comunicada da data da visita com antecedência mínima de cinco dias úteis e quais as condições para o seu deslocamento até a maternidade.

.....
Eu, _____, portadora do RG nº _____
e CPF nº _____, após a leitura e compreensão das informações acima descritas,
entendo que tenho direito a conhecer com antecedência a Maternidade _____
_____ a qual estou vinculada e diante da importância desse momento, confirmo minha
participação e aguardo a confirmação do dia, horário e condições para a visita.

Local: _____ Data: ____/____/____

Telefone para contato: _____

Nome do Acompanhante: _____

Assinatura da Gestante: _____



ANEXO IV
MAPA DE

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE ALTO RISCO

MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____ AGENTE VINCULADOR: _____

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DATA DO ENVIO PARA MATERNIDADE: _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	DATA E IG DA 1ª US	FATORES DE RISCO	IG ATUAL	DATA DE ENTRADA PRÉ-NATAL – ALTO RISCO	NÚMERO DE CONSULTAS (PRÉ NATAL)	DUM	DPP



ANEXO V
MAPA DE

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE
RISCO HABITUAL

MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____ AGENTE VINCULADOR: _____

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DATA DO ENVIO PARA MATERNIDADE: _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	DATA E IG DA 1ª US	IG ATUAL	IG NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	NÚMERO DE CONSULTAS (PRÉ NATAL)	DUM	DPP



ANEXO VI

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA

No dia ____/____/____, a gestante _____
portadora do CPF nº _____, _____ - _____ foi recepcionada, acolhida e classificada no
_____ (nome do Hospital) conforme abaixo descrito:

HORÁRIO DE CHEGADA: ____:____ Horas HORÁRIO DO ACOLHIMENTO: ____:____ Horas

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO MÉDICO: ____:____ Horas

BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G ____ P ____ A ____ (PN= ____/PC= ____) DUM: ____/____/____

IG: ____ sem ____ dias DPP: ____/____/____

OUTROS: _____

SITUAÇÃO/QUEIXA: _____

USO DE MEDICAMENTOS: _____

SINAIS VITAIS: PA= ____ x ____ mmHg FC= ____ bpm FR= ____ ipm TAX= ____ °C

BCF (bpm): ____ MF (+/-): ____ SANGRAMENTO VAGINAL (Sim/Não): ____

CONTRAÇÕES UTERINAS (Sim/Não): ____ PERDA DE LÍQUIDO (Sim/Não): ____

DOR (Sim/Não): ____ DESCRIÇÃO: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: _____

BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA: _____

Médico (a) Plantonista: _____

Enfermeiro (a) Plantonista: _____

Data da Notificação: ____/____/____

Nome e assinatura do Responsável pelo Registro da
Notificação



Anexo VII
OFTALMOLOGIA (ELANE DELLACQUA PASSOS)

(Baseado nos equipamentos oftalmológicos da unidade Cuidar).

Condições clínicas de mulheres diabéticas e hipertensas pré-gestação que indiquem a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- € DM tipo I, após puberdade: exame oftalmológico completo anual (Acuidade visual, refração, tonometria, biomicroscopia, fundoscopia após dilatação pupilar (mapeamento de retina);
- € DM tipo II, no momento do diagnóstico ou da inscrição no programa na UBS: exame oftalmológico completo anual.
- € HAS: no momento do diagnóstico, em especial com hipertensão arterial estágio 3 (PAS >180 mmHG e PAD > 110 mmHg) que apresentem diabetes ou lesão em órgãos-alvo.

Condições clínicas de gestantes de alto risco (diabéticas e hipertensas) que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- € Exame oftalmológico completo _ avaliação inicial no primeiro trimestre (rastreamento) e no final da gestação para avaliação das complicações

Periodicidade de encaminhamento para o serviço de oftalmologia	
Período	Situações
Imediatamente	<ul style="list-style-type: none">• Perda súbita de visão uni ou bilateral• Dor importante nos olhos• Suspeita de descolamento de retina com percepção de flashes de luz, “moscas volantes” ou sombras e escotomas• Suspeita de glaucoma
Semestralmente ou em período inferior	Por indicação do serviço de oftalmologia
Anualmente	Para os demais casos



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **Secretaria da Saúde**
Gerência de Regulação e Ordenação **Secretaria da Saúde**
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil
Anexo VIII

CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ (Werther Clay Mônico Rosa)

Diante de uma grávida hipertensa podemos encontrar quatro entidades clínicas:

1. Pré-eclâmpsia leve e grave/eclâmpsia;
2. Hipertensão crônica de qualquer etiologia;
3. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia superposta à hipertensão crônica;
4. Hipertensão gestacional:
 - Hipertensão transitória - desaparece até 12 semanas pós-parto;
 - Hipertensão crônica - continua após 12 semanas pós-parto.

1. Pré-Eclâmpsia Leve E Grave/Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é definida como:

- Aparecimento do quadro de hipertensão arterial (pressão sistólica \geq 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica \geq 90 mmHg) após a 20ª semana de gestação;
- Aparecimento de proteinúria, cujos valores variam com a gravidade, como veremos adiante;
- Deve aparecer com a gestação e desaparecer após o parto;
- Oligúria (diurese menor que 500 ml por dia, afastada a ingesta inadequada de líquidos e hemoconcentração).

Pré-eclâmpsia leve:

Até o momento não há evidências de que a medicação anti-hipertensiva diminua os riscos fetais ou maternos nessa condição; ao contrário, alguns mostram resultados perinatais piores com a prescrição.

O único tratamento que vai conduzir à cura da pré-eclâmpsia é o parto.

Recomenda-se:

- Repouso em decúbito lateral esquerdo (DLE), para evitar a compressão da veia cava, facilitando o retorno venoso;
- Aumento da ingesta de líquido;
- Anotar diariamente os níveis pressóricos;
- Verificação dos níveis da proteinúria, que nesse caso são abaixo de 2g nas 24 horas.

Pré-eclâmpsia grave:

Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **Região a Saúde**
Gerência de Regulação e Ordenação Secretaria da Saúde **Região a Saúde**
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil

A pré-eclâmpsia grave é assim classificada quando:

- A proteinúria tem níveis de 2g ou mais nas 24 horas, ou 3+ em testes semiquantitativos;
- Pressão arterial igual ou maior que 160/110 mmHg, confirmada por duas medidas com intervalo de 4 horas, estando a gestante em repouso;
- Oligúria menor que 500ml por dia.

Quando o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave é feito em maternidade de risco habitual, a gestante deve ser encaminhada para uma maternidade de alto risco, utilizando-se o esquema de sulfatação de Pritchard, cuja descrição encontra-se adiante.

Sinais de Eclâmpsia Iminente:

- Cefaléia;
- Transtornos visuais;
- Agitação psicomotora;
- Dor epigástrica;
- Cianose e edema pulmonar (podem estar relacionados à insuficiência cardíaca congestiva);
- Creatinina maior que 1,2 mg/dl;
- Atentar para os sinais que indicam a Síndrome HELLP como agravamento do quadro:
 - . H- HEMOLYSIS
 - . EL- ELEVATED LIVER FUNCTIONS TESTS
 - . LP- LOW PLATELETS COUNT
- Dor no hipocôndrio direito (sinal de hematoma hepático);
- Trombocitopenia grave (plaquetas abaixo de 100.000/mm³);
- Anemia hemolítica microangiopática;
- Icterícia e/ou elevação das provas de função hepática;
- Presença de esquizócitos ao exame de lâmina de sangue periférico;
- Desidrogenase láctica aumentada (LDH);
- Hemorragias, papiledema e exsudatos.

Informações Gerais:

A interrupção da gestação é o tratamento definitivo na pré-eclâmpsia e deve ser considerado em todos os casos com maturidade pulmonar fetal assegurada. Se não houver maturidade pulmonar fetal, pode-se tentar prolongar a gravidez, mas a interrupção deve ser indicada se houver deterioração das condições materna ou fetal.

Na pré-eclâmpsia grave utiliza-se hipotensor se os parâmetros de gravidez permanecerem após internação.



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **Regulação a Saúde**
Gerência de Regulação e Ordenação Secretaria da Saúde **Região de Saúde**
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil

É frequentemente tratada com hidralazina endovenosa (5/mg).

A nifedipina tem sido também utilizada; entretanto, sua associação com o sulfato de magnésio, droga de escolha no tratamento e, possivelmente, na prevenção da convulsão eclâmpica, pode provocar queda súbita e intensa da pressão arterial.

Em raras circunstâncias, o nitroprussiato de sódio pode ser utilizado se a hidralazina e a nifedipina não forem efetivas.

Aspirina em baixas doses tem pequeno efeito na prevenção da pré-eclâmpsia, enquanto a suplementação oral de cálcio em pacientes de alto risco e com baixa ingestão de cálcio parece reduzir a incidência de pré-eclâmpsia.

Como encaminhar a gestante:

Ao referenciar a gestante com pré-eclâmpsia para o hospital de alto risco, deve-se fazer o uso do sulfato de magnésio, no método de Pritchard:

- Dose de ataque com sulfato de magnésio (MgSO₄) 4g, IV, lentamente(15-20 min.), mais 10g intraglúteo profundo, em leque, associado à lidocaína, para reduzir a dor, com volume máximo de 5ml em cada glúteo, a cada aplicação, de 4 em 4 horas.

A administração do sulfato de magnésio deve ser suspensa no caso de:

- Frequência respiratória menor que 16 incursões por minuto;
- Reflexo patelar abolido;
- Diurese inferior a 100 ml, nas últimas 4 horas;
- O antídoto para os efeitos tóxicos do sulfato de magnésio é o gluconato de cálcio que deve ser mantido à cabeceira da gestante, endovenoso, lentamente, 1g (10 ml-1ampola), sempre que for preciso.

Eclâmpsia:

A eclâmpsia é definida como a pré-eclâmpsia que evoluiu com quadros convulsivos, podendo aparecer, durante o parto ou puerpério imediato.

Aproximadamente 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave evoluem para eclâmpsia, que caracteriza o comprometimento cerebral, a convulsão ou o coma, podendo levar ao óbito materno e/ou fetal.

Manter a conduta para pré-eclâmpsia grave.

2. Hipertensão Crônica De Qualquer Etiologia

A hipertensão arterial crônica é definida pelo aparecimento do quadro de hipertensão arterial (pressão arterial sistólica \geq 140 mmHg e/ou diastólica \geq 90 mmHg) antes da gravidez, durante a gravidez antes da 20^a semana, ou retrospectivamente, pela persistência dos níveis pressóricos elevados após a 12^a semana do parto.



3. Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia Superposta À Hipertensão Crônica

A pré-eclâmpsia associada à hipertensão crônica é definida diante de uma paciente que apresenta os critérios diagnósticos descritos anteriormente para hipertensão arterial crônica, e na qual se associam os critérios diagnósticos da pré-eclâmpsia.

4. Hipertensão Gestacional

- Hipertensão transitória – desaparece até 12 semanas pós-parto;
- Hipertensão crônica – continua após 12 semanas pós-parto.

A Hipertensão Transitória (HT) é definida como:

- Aparecimento do quadro de hipertensão arterial (pressão sistólica \geq 140 mmHg e/ou pressão diastólica \geq 90 mmHg), na gravidez, em mulheres previamente normotensas;
- Não tem o aparecimento de proteinúria;
- Desaparece até 12 semanas após parto.

A HT pode corresponder à fase não-proteinúrica da pré-eclâmpsia ou representa a recorrência de hipertensão arterial que esteve abrandada no segundo trimestre gestacional. Normalmente, corresponde à manifestação de hipertensão arterial sistêmica latente, desencadeada pela gravidez.

A hipertensão gestacional tem altos índices de recorrência em gestações posteriores (88%), sendo a maior fonte de diagnósticos equivocados de pré-eclâmpsia em múltiparas (Manual de Orientação Diabetes e Hipertensão na Gravidez-Febrasgo-2004).

Informações gerais:

Diante de uma paciente grávida, que tenha níveis pressóricos elevados, é muito importante a detecção do período da gravidez em que seus níveis pressóricos se elevaram e a presença ou não de proteinúria, quantificando-a e determinando o período da gravidez em que apareceu.

Deve-se respeitar o período de organogênese para as drogas conhecidas, e nunca usar os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA-captopril, enalapril, lisinopril etc) e os bloqueadores do receptor AT1 por seus efeitos deletérios sobre a saúde fetal (má formação, crescimento intrauterino restrito– CIUR, depressão respiratória, falência renal e hipoplasia craniana).

Reconhecer o comportamento da pressão arterial de acordo com os trimestres Gestacionais:

- No segundo trimestre há uma queda fisiológica;
- No terceiro trimestre há retorno aos valores do primeiro trimestre.

Reconhecer o comportamento circadiano da pressão arterial, com a queda.

Fisiológica da pressão arterial durante o período do sono.

Valorizar sempre a pressão arterial de repouso da gestante.



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **Gerência de Regulação e Ordenação** Secretaria da Saúde **Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

Sempre atuar sobre a crise hipertensiva, evitando desse modo, o acidente Vascular cerebral. Níveis acima de 170/110 mmHg são extremamente danosos para a circulação cerebral materna.

Usar a medicação que conheça bem, do ponto de vista de seu mecanismo de ação, efeitos esperados e de seus efeitos adversos.

Utilizar somente em situações de risco materno o nitroprussiato de sódio, pela potencial intoxicação cianídrica do feto.

Usar diurético somente na gestante com hipertensão crônica ou em caso de edema pulmonar, não devendo ser utilizado na pré-eclâmpsia, por já haver diminuição de volume.

A crise hipertensiva deve ser tratada com:

- Um agente que tenha ação rápida;
- Seja de fácil manuseio;
- Que leve a um decréscimo lento e progressivo dos níveis pressóricos;
- Que reduza o trabalho cardíaco;
- Possua a capacidade de reverter a vasoconstrição útero-placentária, diminuindo ao mínimo os efeitos adversos para a mãe e o feto.

Não existe até o momento um consenso sobre o benefício do tratamento farmacológico da hipertensão estágio 1 na gravidez. As IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão preconizam que, diante de valores pressóricos $\geq 160/100$ mmHg, devemos iniciar o tratamento farmacológico.

As Diretrizes Européias estabeleceram valores não só para o início do tratamento, que são a partir de 150/95 mmHg, como também valores diante dos quais caracterize emergência hipertensiva, que são $\geq 170/110$ mmHg, recomendando nestes casos a internação da paciente

Tratamento medicamentoso por via oral:

Em relação ao fármaco a ser utilizado, a metildopa é o preferencial em monoterapia, não por ser mais eficaz, mas pelo fato de ser mais seguro, já que é a única classe de fármaco que esteve envolvida em um estudo clínico para verificação da evolução fetal há 25 anos.

Outras classes podem ser utilizadas, como os betabloqueadores, os antagonistas dos canais de cálcio e diuréticos, sendo os inibidores da ECA e os bloqueadores dos receptores da angiotensina II, como foi relatado, contraindicados.

Apesar da existência de poucos estudos clínicos sobre o manuseio da hipertensão arterial na gravidez, a clínica nos mostra que é possível atingir as metas pressóricas preconizadas atualmente de $< 140/90$ mmHg, mesmo diante de pacientes estágio III, com os fármacos disponíveis, desde que haja adesão por parte do paciente, levando o parto a termo, proporcionando o nascimento de um feto saudável.



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **Secretaria de Saúde**
Gerência de Regulação e Ordenação **Secretaria da Saúde**
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil
Anexo IX

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG) (Werther Clay Monico Rosa)

1- Conceito E Definições

O diabetes mellitus gestacional define-se por uma intolerância à glicose que aparece na gestação mas não preenche os critérios diagnósticos de diabetes mellitus franco, e portanto tem critérios diagnósticos diferentes daquele. É o problema metabólico mais comum na gestação, ocorrendo entre 3% e 25% das gestantes. O aumento da sua incidência se correlaciona com o aumento do diabetes mellitus tipo II e da obesidade feminina.

Entre os fatores de risco para diabetes gestacional podemos listar: Idade materna avançada, sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou DMG, síndrome de ovários policísticos e baixa estatura (menos de 1,5 m).

2- Critérios Diagnósticos

São adotados os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) aceitos em 2013.

Todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes franco devem ser investigadas para DMG

Início da gestação: solicitar glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal.

1. glicemia plasmática de jejum ≥ 92 e ≤ 126 -> Diabetes mellitus gestacional (DMG).
2. glicemia plasmática de jejum ≥ 126 -> Diabetes mellitus franco.
3. glicemia plasmática de jejum < 92 -> normal, reavaliar a gestante no segundo trimestre de gestação.

24° semana até 28° semana: executar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG). Para tanto, a gestante não deve estar em restritiva de carboidratos, e se estiver, providenciar a ingesta de pelo menos 150 g de carboidratos ao dia nos 3 dias anteriores ao teste. No dia do teste deve estar em jejum de 8 horas. É colhida a glicemia plasmática em jejum, após isto administra-se 75 gramas de glicose e colhe-se nova glicemias plasmáticas em 1 hora e 2 horas após a carga glicêmica. Abaixo estão os pontos de corte cima dos quais o teste é considerado alterado e os critérios diagnósticos para DMG:



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **ção a Saúde**
Gerência de Regulação e Ordena *Secretaria da Saúde* **úde**
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil

Jejum: ≥ 92 mg/dL	entre 92 e 125 -> DMG	≥ 126 -> diabetes mellitus franco
1 Hora: ≥ 180 mg/dL	entre 181 e 200 -> DMG	≥ 200 -> diabetes mellitus franco
2 Horas: ≥ 153 mg/dL	entre 154 e 200 -> DMG	≥ 200 -> diabetes mellitus franco

Basta alteração em apenas um dos pontos de corte para firmar o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. Nota-se ainda que qualquer alteração glicêmica acima de 200 pós carga de glicose (75 G) é diagnóstico de diabetes mellitus franco.

3-Tratamento

3.A) Antes do parto.

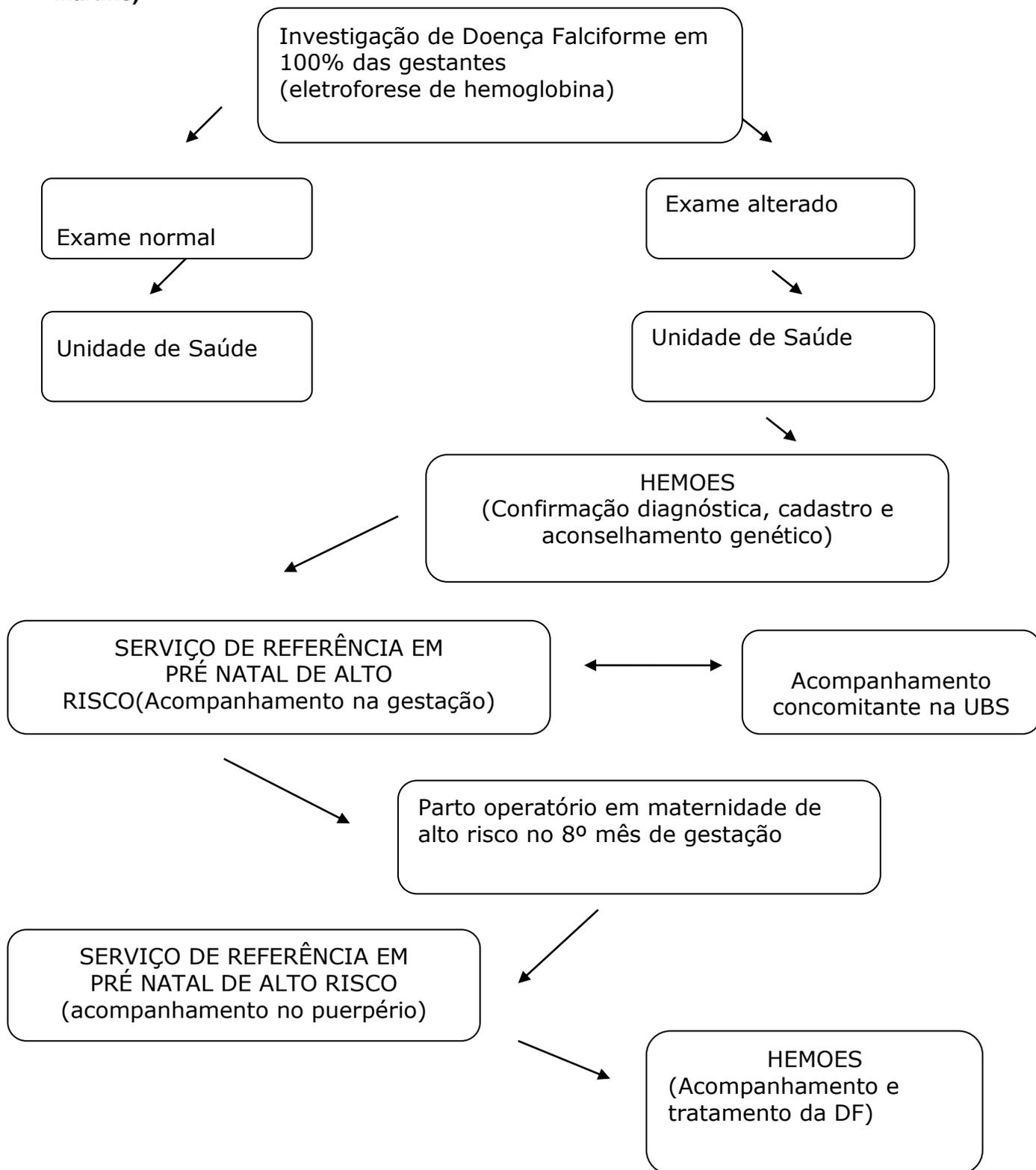
- Orientação alimentar. Deve ser calculada a oferta de calorias para a gestante de acordo com o índice de massa corpórea (IMC) visando ganho adequado de peso, em torno de 300-400 gramas por semana. Distribuição do valor calórico deve ser aproximadamente 40-45% carboidratos, 15-20% de proteínas e 30-40% de gorduras. Adoçantes artificiais são permitidos, desde que em quantidades moderadas.
- Exercícios físicos. São permitidos e podem ser até estimulados, desde que não contrariem eventuais contra-indicações obstétricas ao exercício, como hipertensão induzida pela gravidez, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, sangramento uterino persistente após o segundo trimestre e restrição de crescimento intrauterino.
- Tratamento medicamentoso. Deve ser instituído se após semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados - (jejum ≥ 95 mg/dl e 1 h pós-prandial ≥ 140 mg/dl, ou 2 h pós-prandiais ≥ 120 mg/dl. Podem ser usados a metformina e a glibenclamida. Ambas atravessam a barreira placentária mas não há definição sobre os efeitos de longo prazo na mãe e no feto expostos a eles. Não há evidências de que a metformina tenha efeitos deletérios na gravidez. A glibenclamida (Daonil®), por sua vez, pode provocar ganho de peso materno e neonatal, bem como macrossomia, portanto deve ser utilizada com precauções e com o apoio do especialista. Outros agentes orais são contraindicados.
- Insulinoterapia. Recomenda-se o critério de crescimento fetal para início da insulinoterapia. Realiza-se ultrassonografia entre a 29ª e a 33ª semana, na qual se mede a circunferência abdominal fetal. Circunferência abdominal fetal igual ou superior ao percentil 75 é critério para início de insulina. Dose inicial deve ser de 0,5 mg/kg, com ajustes posteriores



Subsecretaria de Assuntos de Regulação GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO **Secretaria da Saúde**
Gerência de Regulação e Ordenação **Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

individualizados. Em geral associa-se insulinas de ação intermediária e rápida para melhor controle das glicemias pós-prandiais.

Anexo X
Rastreamento e conduta na Doença Falciforme na Gestação (Maria de Fátima Caretta Martins)

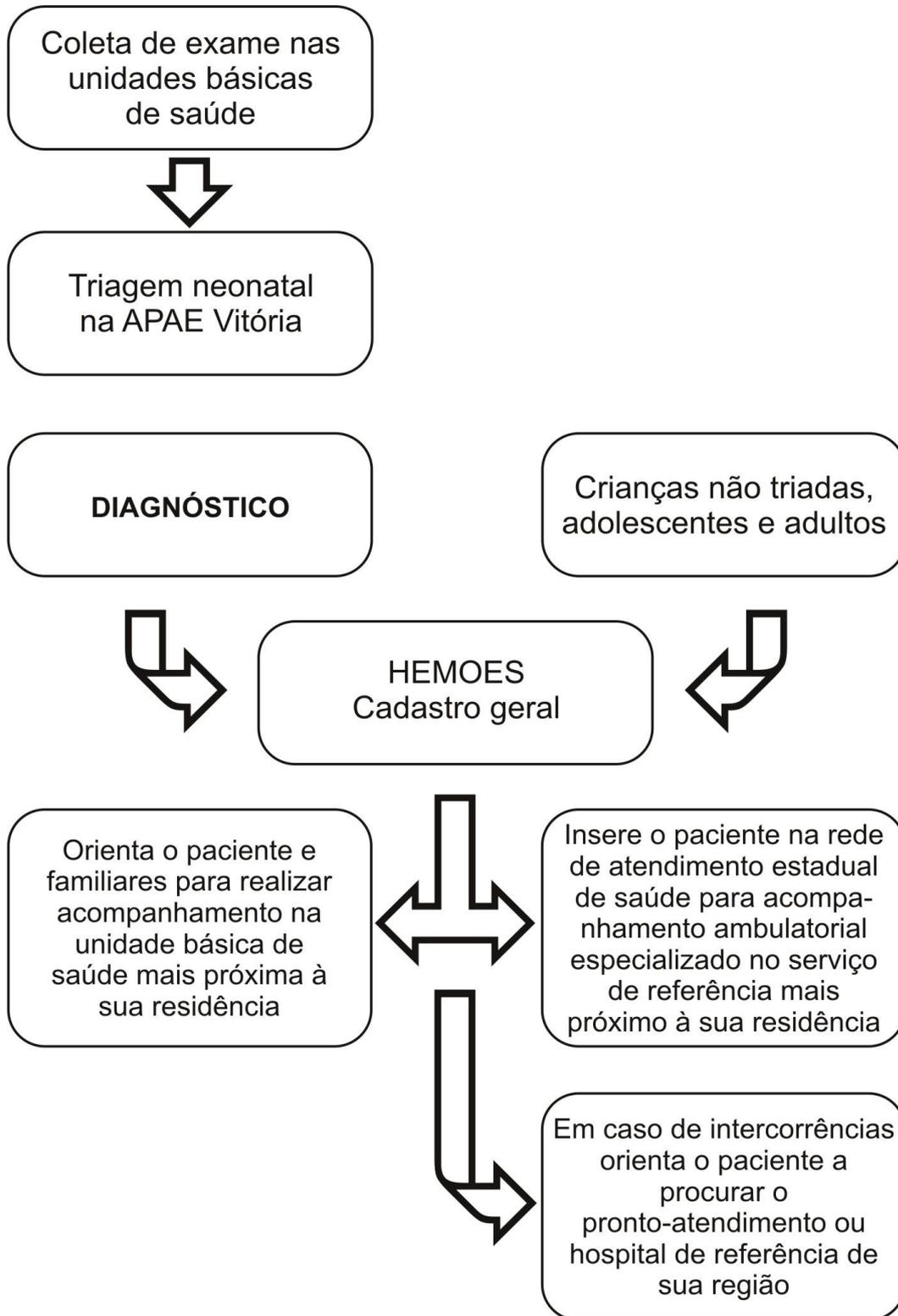




ANEXO XI

Fluxograma de Atendimento (Maria de
9 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Fátima Caretta Martins)



**Subsecretaria de Assuntos de Regulação
Regulação e Ordena
Rede Estadual de Atençã**



**ção a Saúde Gerência de
úde**

**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde