

Introdução

O município de Santa Rita do Sapucaí-MG possui segundo o IBGE (2010), uma população de 37754 habitantes, destes 15841 compreende a população feminina, sendo 10174 mulheres em idade fértil, e uma população infantil de 5681 habitantes. Existe uma equivalência entre a distribuição dos sexos feminino e masculino, e outro ponto importante a ser destacado é o fato do envelhecimento da população, acompanhando uma tendência mundial.

Quanto à mortalidade infantil (<1ano) e de mulheres em idade fértil ocorridos em 2010 o município teve dois óbitos de crianças menores de um ano com causa mortis prematuridade, e 04 óbitos de mulheres em idade fértil, destas três por problemas cardiovasculares e um caso de câncer de intestino. O município conta com um comitê de prevenção do óbito fetal e infantil e de mortalidade materna e este serve como um instrumento para subsidiar o planejamento da gestão e avaliação da atenção á saúde da criança e da mulher.

A Organização dos serviços de saúde do município pauta-se na atenção primária e secundária. A Atenção Primária é composta pela Estratégia Saúde da Família formada por sete equipes, sendo seis equipes urbanas e uma equipe rural; uma equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde; um Centro de Saúde atendendo as especialidades como cardiologia, ortopedia, dermatologia, infectologia e cirurgia geral e a Unidade Materno Infantil referência municipal para a assistência à saúde da mulher e da criança. Na Atenção Secundária conta-se com um Centro de Atenção Psicossocial, um Pronto Atendimento Municipal e um Hospital de pequeno porte.

A Unidade de Atendimento Materno Infantil é a referência no atendimento à saúde da mulher e criança no município, atendendo as áreas de ginecologias, pré-natal, puerpério e ações à saúde da criança. Atualmente apenas esta juntamente com 2 unidades de Estratégia Saúde da Família realizam acompanhamento ao pré-natal e puerpério. Gerando uma sobrecarga de atendimentos e dificuldades no agendamento de consultas ao restante das mulheres residentes na área não coberta do município a qual a unidade atende preferencialmente. As gestantes de alto risco são referenciadas ao Hospital das Clínicas Samuel Libâneo no município de Pouso Alegre-MG, onde realizam o acompanhamento gestacional concomitante com o acompanhamento ao pré-natal na sua unidade de origem.

Neste sentido, constata-se a necessidade de implantação de protocolos clínicos de assistência ao pré-natal e puerpério de baixo risco, pois pretende-se a unificar as ações de saúde prestadas pelos profissionais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde municipais, e propiciar maior autonomia nos atendimentos das equipes de Estratégia Saúde da Família, com o início do acompanhamento as gestantes de risco habitual residentes em suas áreas de abrangência.

Entendemos que uma atenção prestada as gestantes e puerperas de forma humanizada e com qualidade é fundamental para a construção de um novo olhar sobre o processo saúde/doença. Deve-se compreender a pessoa em sua totalidade (corpo e mente) e considerar o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual a mulher vive. Só assim será possível estabelecer novas bases para o relacionamento entre os profissionais de saúde, usuários e gestores.

Pelo exposto este estudo tem por objetivo:

Objetivo

Elaborar um protocolo clínico para Atenção ao Pré-Natal e Puerpério de Baixo Risco nas unidades de atenção primária à saúde do município de Santa Rita do Sapucaí –MG.

Seção 1 O Objeto e Método do Estudo

Ao analisar os conceitos e métodos dos protocolos de Saúde da mulher, é importante considerar que o serviço, o trabalho, a assistência, a educação permanente e a qualidade são parte de um processo de reflexão e crescimento da instituição em constante ciclo de mudanças e transformações. Nesse processo de múltiplas determinações e relações, evidencia-se o papel fundamental dos enfermeiros e das instituições de saúde para o desenvolvimento permanente desses profissionais, contribuindo para o bem-estar social.

Ao abordar o objeto deste estudo como uma ferramenta para a qualidade da assistência de enfermagem, optou-se por um estudo realizado a partir de revisão de literatura, sobre o tema protocolos clínicos de assistência à saúde da mulher com foco ao pré-natal e puerpério, possibilitando a elaboração de um protocolo clínico de assistência ao pré-natal e puerpério de baixo risco a ser implantado nas unidades de atenção primária à saúde do município de Santa Rita do Sapucaí - MG cenário deste estudo.

SEÇÃO 2 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA.

Considerando as relações sociais e os processos de transformação existentes no cotidiano, que envolve a práxis dos profissionais da enfermagem na atenção saúde da mulher, este estudo teve, como referencial teórico: A evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança.

A saúde da mulher foi incorporada no Brasil a partir do início do século XX, pelas políticas nacionais de saúde aos temas prioritários de discussão voltados aos programas materno-infantis, com visão restrita aos grupos de maior risco e vulnerabilidade, a gravidez e o parto (BRASIL, 2004a).

Serruya (2003) evidencia em seu estudo que a assistência a saúde da mulher no período gravídico é um dos serviços de saúde pública há mais tempo existente no país, onde a chamada assistência materno-infantil era inicialmente representada apenas por consultas no pré-natal e assistência hospitalar ao parto, buscando principalmente melhorar os indicadores de saúde infantil.

O termo saúde da mulher vem através dos anos sofrendo alterações que permitam a plenitude de sua conceitualização. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um bem-estar físico, psíquico e social. Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como a junção do conceito de saúde da OMS ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, possibilitando ao indivíduo ter a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir e planejar esta questão (CIPD, 1994).

Neste período as políticas públicas de saúde condicionaram a saúde da mulher apenas aos processos reprodutivos, estudos posteriores mostraram a necessidade da ampliação dos conceitos utilizados até o momento, através da análise dos fatores de desenvolvimento social, econômico e humano apresentados em cada contexto, determinantes da epidemiologia do processo saúde-doença. Evidenciado por VIOTTI, (1995) que amplia o conceito saúde da mulher incluindo o seu bem estar: emocional, social e físico.

A ampliação do conceito de saúde da mulher utilizado pelas políticas públicas brasileiras, restrito anteriormente a atenção materno-infantil, foi decorrente as reivindicações das

movimentações feministas. A reformulação das propostas de atenção integral à saúde da mulher ocorreu no Brasil em meados de 1980.

O Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, através da Resolução 123/ INAMPS, de maio de 1986, incorporou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher- (PAISM) na sua política de atendimento e ampliou as formulações do Ministério da Saúde, acrescentando à concepção de atenção integral à saúde da mulher a necessidade de um atendimento amplo, com a inclusão dos serviços públicos de contracepção com a incorporação da mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as fases da vida (GIFFIN, 1991).

O PAISM foi um marco na evolução dos conceitos existentes sobre a saúde da mulher, que contemplava até este momento ações isoladas de planejamento familiar, atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Foi o pioneiro a implementar os serviços de atendimento a saúde reprodutiva das mulheres, termo ainda desconhecido nos foros de discussões internacionais, a sua adoção pelo ministério da saúde tornou-se posteriormente fundamental no processo de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres.

O PAISM foi elaborado pelo ministério da Saúde em 1984, possuindo como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, influenciado pelas características de formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, com a implantação do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004a).

A Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema de saúde a partir da Atenção Primária, promovendo a ampliação da cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância à saúde da mulher e da criança e do acompanhamento ao parto e a puericultura (BRASIL, 2004b).

Ao realizar análise das condições de saúde da população através de estatísticas sobre mortalidade feminina no Brasil, verifica-se que quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, ocasionadas pelas doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e o aborto, e pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004b).

Embora a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não apareça nas estatísticas entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária, a ocorrência na maioria dos casos é decorrente a problemas evitáveis, que deveriam ser detectados e evitados através da prestação de serviços de saúde direcionados ao pré-natal e puerpério de qualidade. Demonstra a

deficiência de gestões de serviços em investimentos na prevenção e promoção a saúde, estes serviços permanecem ainda focados na atenção curativa.

As gestantes enfrentam em seu cotidiano, em muitos serviços descompromissados, ao realizarem o acompanhamento pré-natal a realização de consultas rápidas, nas quais exames clínicos e laboratoriais não são realizados, perdendo-se a oportunidade de serem captadas precocemente com a identificação do risco gestacional e encaminhadas para o alto risco, predispondo-as ao risco materno e neonatal (BRASIL, 2004b).

Em 1987, a conferência Internacional sobre Maternidade Segura, ocorrida em Nairóbi, colocou em pauta a morte de mulheres por complicações de gravidez, parto e puerpério, no intuito de atentar para a gravidade do fato em âmbito mundial. Nesta ocasião, firmou-se a decisão de reduzir em 50%, até o ano 2000, o número de mortes maternas existentes em 1985 (GALVÃO, 1999 *apud* LEITE; PAES, 2009).

Para o alcance da redução da mortalidade materna há a necessidade de investimentos contínuos na qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde, pois conforme evidenciado por Brasil (2004b) no Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal apesar de muitas mortes maternas ocorrerem durante o período pós-parto, o atendimento prestado nesse período atinge apenas 28% das puérperas, restringindo-se à revisão ginecológica do pós-parto, sem prestações de orientações sobre amamentação, nem encaminhamento para o planejamento familiar, este último tão importante para garantir o intervalo inter-partal.

A evolução das políticas públicas de saúde da mulher brasileiras sofreram grandes influencias das conferências mundiais sobre a saúde da mulher. A IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995, intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, foi a maior e a mais importante delas. Realizou uma avaliação dos avanços obtidos desde as conferências anteriores (Nairobi, 1985; Copenhague, 1980; México, 1975) e da análise das barreiras que as mulheres necessitam enfrentar para exercer plenamente seus direitos e alcançar seu desenvolvimento integral (VIOTTI, 1995).

A 4ª conferência mundial de saúde da mulher, Pequim 1995, determinou como medidas a serem adotadas: o fortalecimento e reorientação dos serviços de saúde, com prioridade a atenção primária à saúde tornando acessíveis os serviços de saúde reprodutiva a população; promoção ao acesso universal a serviços de saúde de qualidade; redução das enfermidades e a morbidez derivadas da maternidade e a redução da mortalidade derivada da maternidade a 50% do nível de 1990, até o ano 2000, e de mais 50% até o ano 2015 (VIOTTI, 1995).

Nesta conferência houve a discussão de três enfoques com poder transformador na luta pela promoção da situação e dos direitos da mulher: o conceito de gênero, a noção de

empoderamento e o enfoque da transversalidade, estas condições possibilitam o alcance da segurança política, social, econômica, cultural e ecológica de todos os povos (VIOTTI, 1995).

Conforme Brasil (2004a) a incorporação da perspectiva de gênero é necessária na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde para a promoção da melhoria das condições de vida, igualdade e os direitos de cidadania da mulher, visto que homens e mulheres estão expostos a diferentes graus de risco de adoecimento, morte e distintos padrões de sofrimento.

As condições de trabalho, moradia, renda, alimentação, e a relação com o meio ambiente são distintos quando comparados entre homens e mulheres, estas questões de gênero interferem no processo saúde-agravo da população e necessitam serem consideradas pela gestão da saúde pública na programação e execução de ações.

A Plataforma de ação da Conferência de Pequim teve como um de seus objetivos centrais o enfoque no empoderamento da mulher possibilitando-a o controle ao seu desenvolvimento, a saúde sexual e reprodutiva. A noção de transversalidade busca assegurar que a perspectiva de gênero passe efetivamente a integrar as políticas públicas em todas as esferas de atuação governamental, tornando-se uma questão de direitos humanos e não permanecendo apenas como uma situação imutável decorrente de problemas econômicos e sociais (VIOTTI, 1995).

Os direitos humanos e a igualdade entre homens e mulheres, na saúde sexual e reprodutiva, vêm sendo abordados continuamente na história das políticas públicas de saúde, em busca de novas conquistas e perspectivas na humanização da assistência a saúde da mulher.

O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, propondo a reorganização da assistência através da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério. A humanização dos serviços de saúde é fortemente destacada como parte fundamental das mudanças necessárias na pretendida integralidade da atenção a saúde da mulher. Através da institucionalização da humanização na assistência ao pré-natal e puerpério objetivou-se a ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde, proporcionado o acompanhamento ao pré-natal, a escolha da maternidade, o atendimento humanizado no parto e puerpério e prestação da adequada assistência a saúde da criança.

O PHPN propunha uma estruturação com três componentes, a assistência pré-natal, a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar e a instituição de uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esta estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, possuindo o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão responsáveis por cada categoria (SERRUYA, 2003).

A humanização à saúde da mulher no período gravídico e puerperal é preconizada pelo ministério da saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos diversos serviços de saúde. De acordo com Brasil (2006) o número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, vem aumentando no Brasil, de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. No entanto são insuficientes para a resolução de problemas como a morte materna e neonatal decorrentes em suas maiorias a deficiências evitáveis durante o período do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2006).

Porém segundo Brasil (2006), as mortes maternas e neonatais permaneceram relevantes no país, decorrentes das complicações associadas ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto. No intuito de intervir nesta situação o Ministério da Saúde em 2004 lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela comissão intergovernos tripartite, com estratégias para alcance do objetivo a serem implementadas nas unidades da federação.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal coloca como as principais causas da problemática enfrentada: a deficiência na qualidade dos serviços de atendimento ao pré-natal e puerpério, o desconhecimento da verdadeira magnitude dos eventos de mortalidade materna-neonatal e a falta de reconhecimento destes como um problema social e político (BRASIL, 2004b).

Um das estratégias adotadas no Brasil, propostas pelo Pacto, foi a melhoria da qualidade dos registros, o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos estados e municípios, investimentos na resolução das sub-notificações de casos ocorridos, assim como a implantação dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna. Em relação aos óbitos neonatais e infantis iniciou-se processo de discussão e pactuação da “Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil”, ação já desenvolvida em alguns estados e municípios (BRASIL, 2004b).

Ao se pensar em saúde da criança devemos refletir acerca da Atenção Integral à Saúde da Criança, conquista essa advinda por meio da evolução das Políticas Públicas a luz do tempo.

Segundo Gomes e Adorno (1990), “Até o século XIX não se registraram intervenções sistemáticas sobre a saúde da criança. No entanto, não deixaram de ocorrer reflexões e práticas sobre ela e que diziam respeito ao tipo de conjuntura social em que eram elaboradas”.

Neste período a assistência à saúde estava centrada no adulto, a criança era considerada um adulto imperfeito, em desenvolvimento, sem importância econômica.

Com a Revolução Industrial, o papel da família modifica-se, a criança passa a ser de responsabilidade do pai. Os primeiros hospitais com atendimento à criança surgem no início do século XIX e aos poucos a pediatria vai se desenvolvendo (BARROS FILHO, 2010).

A passagem histórica mencionada acima teve grande contribuição se tratando da evolução no atendimento, culminando na atenção à saúde da criança dos dias de hoje.

Ao longo de muito tempo, o modelo centrado em práticas curativas, biomédico e hospitalocêntrico iluminou a prática assistencial voltada à saúde da criança, distanciando o saber científico do popular (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

O modelo descrito acima cada vez mais distante do ideal, disponibiliza lugar à atenção integral voltada às necessidades da criança, com assistência participativa e por meio de uma escuta que aproxima o saber científico do saber popular.

Silva; Christoffel; Souza (2005) reforçam a necessidade de um profissional com perfil modificado, que possa lançar mão de uma escuta qualificada para um atendimento individualizado. Enfatizam ainda que a saúde do recém nascido está diretamente relacionada à saúde da mãe, ao longo da gravidez e parto, o mesmo possui necessidades exclusivas que devem ser levadas em consideração nos serviços de saúde materno-infantil.

De acordo com Gomes (2010), o quadro sanitário marcado por desnutrição e morbimortalidade por doenças infecciosas moldava o perfil das políticas públicas voltadas à saúde da criança até à pouco tempo, sendo o foco do perfil das equipes técnicas nas diferentes instâncias de gestão no sistema de saúde.

Estudos recentes demonstram a mudança do perfil epidemiológico supra mencionado havendo a necessidade de investimento na mudança do perfil das equipes técnicas.

Observa-se um declínio nas últimas décadas no Brasil no coeficiente de mortalidade infantil, a maioria destes óbitos pós neonatais são decorrentes de causas evitáveis como causas perinatais, pneumonia, desnutrição e diarreia relacionadas com a condição de vida e com o acesso da população a serviços de qualidade. Este declínio foi atribuído as intervenções ambientais, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade (BRASIL, 2004b; GOMES, 2010).

Conforme descrição acima, nota-se a necessidade de uma abordagem diferenciada na atenção à saúde da criança, uma vez que coeficientes como de mortalidade pós-neonatal, antes norteadores no atendimento a tal público, encontra-se em decadência nos últimos tempos, culminando na busca por novos olhares em saúde da criança.

Gomes (2010) exemplifica a necessidade de novos olhares exposta a pouco quando relata a mudança do perfil nutricional o que antes era marcado por carência nutricional, nos dias de hoje está associado ao sobrepeso e obesidade já na infância.

Tal fato nos remete a refletir mais uma vez que temos a necessidade de profissionais preparados para atender a realidade do momento e maiores investimentos na atenção à saúde da criança, atendendo ao novo perfil epidemiológico.

Segundo Brasil (2004c), a mortalidade infantil é agravada por óbitos considerados evitáveis, sendo necessário acesso a serviços resolutivos, qualificados e no tempo oportuno.

Apesar de uma grande queda na mortalidade infantil, nota-se a necessidade de reestruturações dos serviços de saúde garantindo atendimento com eficácia e eficiência.

Em 1984 com o surgimento do PAISMC (Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança), que posteriormente separou-se dando origem ao primeiro Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Em 2004, foi elaborada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, trata-se de um marco na Saúde da Criança a nível Federal quanto a organização da assistência e na identificação de ações prioritárias, sendo mais uma tentativa de atendimento à saúde de forma integral (BRASIL, 2004c).

Brasil (2004c) orienta as unidades de saúde a adesão à Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com o propósito de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem e atuem nas ações prioritárias para a saúde da criança.

Tal adesão se faz necessária para se prover qualidade de vida para crianças e para garantirmos que as mesmas desenvolvam todo seu potencial por meio de uma assistência integral e multiprofissional.

Brasil (2004c) relata a importância de se organizar a assistência de saúde em linhas de cuidado garantindo cuidado integral, com fluxo ágil em cada nível de atenção, uso de referencia e contra-referencia com articulação das diversas ações de saúde.

Tendo em vista a necessidade de organização acima citada o governo de Minas Gerais, em 2006, propõe a implantação das Linhas Guias de Atenção à Saúde da Criança e a Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, no intuito da melhoria da qualidade e unificação das ações de saúde desenvolvidas em todo território estadual por meio de protocolos assistenciais. Possuem uma proposta mais ampla de educação permanente voltado as equipes de saúde da atenção primária na orientação do atendimento do dia a dia, com a proposta de melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança (VIANA *et al.*, 2006).

A Linha Guia de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, compreende ações desenvolvidas desde captação precoce da gestante à atenção puerperal, pautada na humanização da assistência, orienta o planejamento e desenvolvimento das ações das equipes de saúde em suas áreas de

abrangência (MINAS GERAIS, 2008). A Linha Guia é um documento norteador assistencial em busca de uma padronização e qualidade da assistência, com uma visão ampla do funcionamento de toda rede de atenção à saúde.

Viana *et al.* (2006), relata que a proposta de trabalho da SES-MG por meio do protocolo – Linhas Guias, os sistemas integrados de serviços de saúde são organizados nas microrregiões, onde há uma articulação entre os municípios na estruturação de redes de atenção com melhoria de acesso, continuidade e resolutividade dos serviços de saúde. Já para acompanhamento dos indicadores de saúde um sistema de informação de qualidade se faz peça fundamental.

Os serviços de assistência à saúde, antes da implantação dos protocolos, necessitam realizar um levantamento dos aspectos gerais de sua organização e do papel desempenhado pelos profissionais envolvidos no acompanhamento dos clientes (COELHO; PORTO, 2009). A partir da avaliação destes dados é possível a criação ou a adoção de protocolos já existentes de acordo com as necessidades e possibilidades de cada serviço.

A proposta supra relatada é uma das formas mais atuais de organização da atenção primária à saúde, e o sistema de informação funcionante é a base para uma assistência conforme a realidade local.

Tendo em vista todas as conquistas apresentadas, têm-se condições de mensurar toda evolução no âmbito da saúde da criança e da mulher e o caminho a seguir para o alcance de uma assistência integral à saúde da criança e à mulher de qualidade.

Segundo a lei do Exercício Profissional de Enfermagem, a realização do acompanhamento ao pré-natal de baixo risco pode ser realizada integralmente por enfermeiras, por possuírem respaldo técnico-científico e legal para exercer tal atividade (COFEN, 2002).

Em estudo realizado por Cunha *et al.* (2009) no município de Rio Branco-AC, os enfermeiros são responsáveis pela realização do acompanhamento integral do pré-natal de baixo risco nas unidades de saúde, com importante contribuição na redução da mortalidade materna e neonatal. No entanto é necessária a incorporação de protocolos assistenciais e qualificação dos enfermeiros através de cursos de especialização e capacitações, garantindo a qualificação das ações desenvolvidas.

Conforme NARCH, 2008 é necessário para a melhoria da atenção materno-infantil, que as estruturas públicas optem pela implementação e fortalecimento dos programas e diretrizes do SUS já existentes. A política do Ministério da saúde define como essencial a responsabilização da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento a mulher no período gestacional e puerperal, desde a captação precoce da mulher com suspeição de gravidez até o acompanhamento da puericultura do recém-nato.

Seção 3 Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco e Puerpério

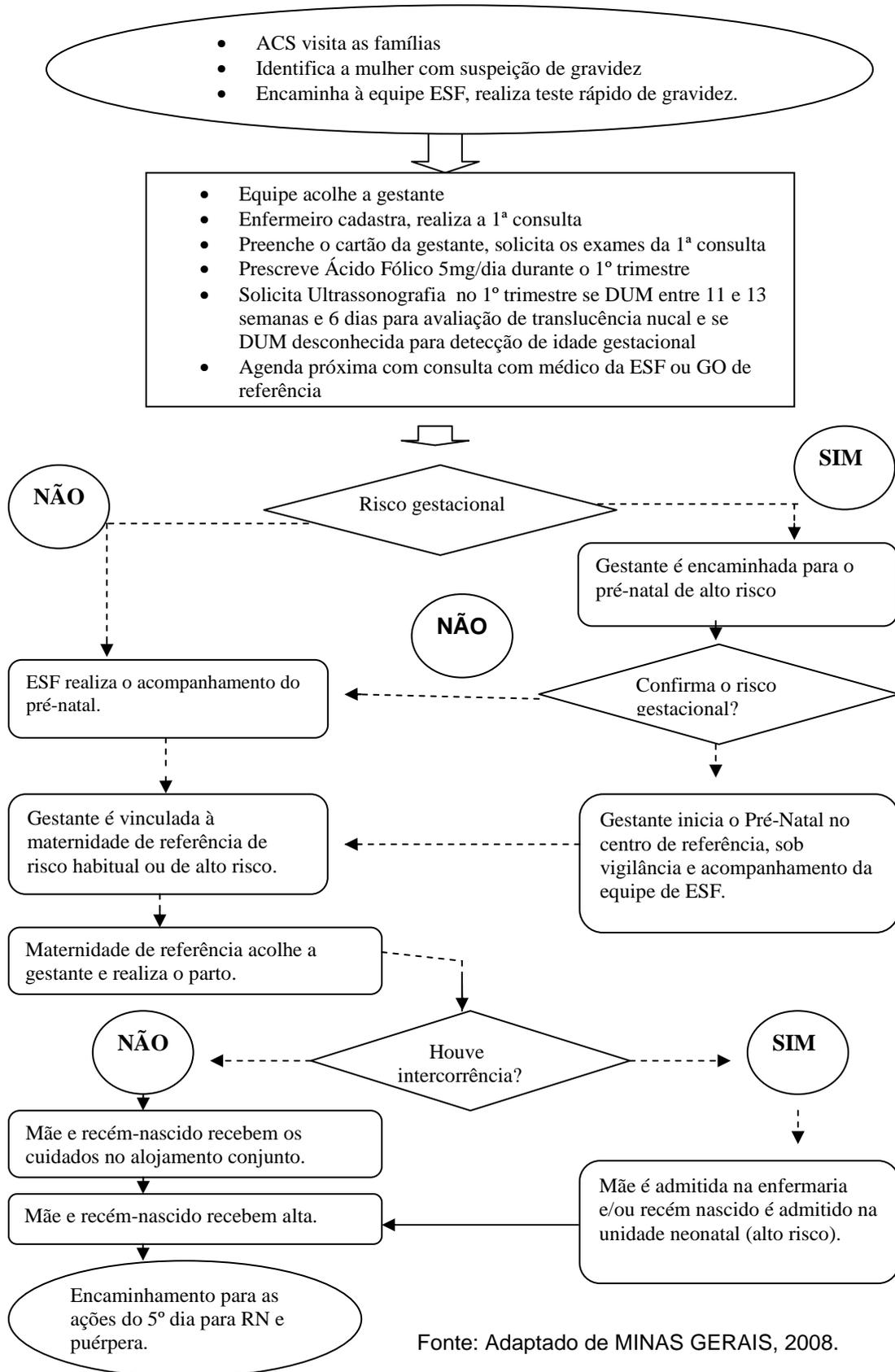
Às Unidades de Atenção Primária à Saúde compete:

- O agente comunitário de saúde deverá captar todas as mulheres com suspeição de gravidez residente em suas áreas de abrangências, solicitando ao enfermeiro da unidade o fornecimento do teste rápido para identificação de gravidez disponível na unidade ou a solicitação do exame β -HCG para a confirmação.
- Após a confirmação da gravidez, o enfermeiro deverá cadastrar a gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN e vinculá-la a maternidade municipal do Hospital Antônio Moreira da Costa e registrar no cartão da gestante ;
- O enfermeiro deverá ofertar à gestante a oportunidade de realizar o acompanhamento de seu pré-natal na ESF (Estratégia saúde da família), a qual é vinculada, se esta não o desejar encaminhá-la a unidade de referência no serviço de ginecologia das ESF 01 e ESF 02 ou Unidade Materno Infantil.
- Em qualquer momento a gestante poderá solicitar a troca do médico que está realizando o acompanhamento de seu Pré-Natal. O enfermeiro responsável pela unidade deverá realizar o registro da solicitação da gestante no prontuário de acompanhamento de Pré-Natal e solicitar a gestante que assine posteriormente a sua solicitação.
- O profissional deve proceder à abertura do prontuário, preencher a ficha “Caso Novo de Pré-Natal” (Anexo A) com a história clínica peri natal, a ficha de Cadastro de Pré-Natal (Anexo B) e a Ficha de Registro Diário (Anexo C) e o Cartão da Gestante (Anexo D);
- Prestar assistência pré-natal humanizada, multiprofissional composta por enfermeiro, nutricionista, psicólogo, médico e odontólogo, a todas as gestantes residentes na área de abrangência do município;
- Em toda a consulta de pré-natal, o médico e/ou o enfermeiro devem proceder à avaliação do risco gestacional, na constatação de risco gestacional o médico da ESF deverá imediatamente referenciar e vincular a gestante ao serviço de ginecologia do município e ao Pré-natal de Alto Risco.

- As equipes de Estratégia Saúde da Família e PACS devem realizar visitas domiciliares às gestantes ,residentes em suas áreas de abrangência, que realizam acompanhamento pré-natal na rede pública municipal ou particular, com o objetivo de monitorar, orientar os cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários;
- A equipe deve realizar busca-ativa a todas as gestantes faltosas nas consultas agendadas de pré-natal e na consulta de puerpério;
- Garantir consulta de puerpério na Primeira Semana de Saúde Integral entre o 5º e 10º dia pós-parto;
- O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 7 (sete) iniciando, o mais precoce possível, com intervalos de 4 (quatro) semanas até a 36ª semana de gestação e, a partir daí, quinzenal ou semanal, de acordo com a necessidade, até a 42ª semana gestacional e 1 (uma) consulta puerperal;
- A equipe ESF deverá realizar o acompanhamento ao pré-natal até a gestante completar 35 semanas de gestações, após deverá entrar em contato com o serviço de ginecologia das ESF 01 e 02 ou Unidade Materno Infantil e agendar a data da próxima consulta de pré-natal com ginecologista. Mesmo após realizar o encaminhamento a ESF permanece responsável pelo acompanhamento a gestante, prestando apoio ao Pré-Natal.
- É de competência do médico de família, enfermeiro e do gineco-obstetra realizar o acolhimento em todas as consultas de pré-natal considerando como objetivo humanizar o atendimento prestado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal;
- A equipe deve desenvolver atividades educativas com as gestantes e puerperas, orientando-as sobre a realização do acompanhamento ao prenatal, parto, aleitamento materno, os cuidados no puerperio e com o bebê;
- Para a realização da cardiografia, é necessário a requisição do exame pelo médico Gineco-obstétrico. Em casos de pré-natal de alto risco o exame poderá ser realizado a partir da 32ª semana de 15 em 15 dias ou quando necessário, e em pré-natal de risco habitual a partir da 40ª semana gestacional deverá ser realizada de 3/3 dias ou a critério clínico. O exame será realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde Materno Infantil e a gestante encaminhada à maternidade de referência para avaliação do exame por médico gineco-obstétrico.

Estas ações visam à redução da morbi-mortalidade materna e do recém-nascido, é necessário na prática à identificação dos fatores de risco nas gestantes e prestar os cuidados de pré-natal ou encaminhá-las à Referência quando for o caso, de acordo com o que for pactuado a nível local.

Fluxograma da Gestante



Fonte: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.

Parte 1 Pré- Natal de Risco Habitual

Para o acompanhamento do Pré-Natal de risco habitual, deverão ser realizadas no mínimo sete (7) consultas, sendo:

- 1 consulta no 1º trimestre;
- 2 consultas no 2º trimestre;
- 3 consultas no 3º trimestre;
- 1 consulta de puerpério.

Recomenda-se que o intervalo entre as consultas seja de 4 semanas até a gestação completar 36 semanas e, a partir deste período, que os intervalos sejam de 15/15 dias e 1 consulta puerperal até o 10º dia pós-parto.

1.1 Primeira consulta

- Realizar o preenchimento do Cartão da Gestante e do cadastro do SISPRENATAL.
- Colher a História clínica da gestante e anotar na ficha de “CASO NOVO DE PRE-NATAL” (Anexo A)

- Identificar a Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano.

Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida:

- Uso do calendário: contar o número de dias a partir do 1º dia da última menstruação até o dia da consulta e dividir por sete, obtendo-se o número de semanas da gestação;
- Uso do Disco ou Gestograma.

Quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

- Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como data da última menstruação, os dias 5, 15 e 25 respectivamente e proceder à utilização do método acima descrito.

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

- Proceder ao exame físico, medindo a altura uterina e posicionando o valor encontrado na curva de crescimento uterino, considerando o P50. O ponto encontrado corresponde à provável idade gestacional que deve ser considerada muito duvidosa e assinalada com interrogação na ficha peri natal e Cartão da Gestante;

- Solicitação de ultra-som pelo médico gineco-obstétrico ou Clínico da ESF, caso não seja possível à determinação a partir do exame físico.

- Identificar a Data provável do parto – DPP:

Calcula-se a DPP, levando-se em consideração a duração média da gestação normal: 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM;

Outro método para o cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ela ocorreu.

- Sinais e sintomas da gestação em curso;

- Hábitos atuais – fumo, álcool e drogas ilícitas;

- Medicamentos usados durante a gestação;

- Antecedentes obstétricos: gestações, partos, abortamentos, filhos vivos.

- Antecedentes Ginecológicos;

- História Progressiva Pessoal: pesquisar doenças crônicas e agudas passadas.

- Antecedentes Familiares: pesquisar doenças como hipertensão arterial, diabetes e outras.

- Ocupação habitual – esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse.

- Avaliação do estado vacinal da gestante:

A gestante deverá ser avaliada quanto a imunização com as vacinas: dupla tipo adulto (DT), hepatite B, triviral e Febre Amarela.

Em gestantes não vacinadas proceder a vacinação com as vacinas dupla tipo adulto (dt) e hepatite B. Orientar a gestante a proceder a vacinação após o parto com as vacinas triviral e Febre Amarela.

- Avaliação do estado nutricional da gestante: Referenciar todas as gestantes a nutricionista referência da equipe de saúde para realização da avaliação nutricional e orientações alimentares e registrar o acompanhamento do ganho de peso gestacional no Gráfico de Peso/Idade Gestacional.

- Vincular e estimular a participação da gestante nos grupos de gestante da unidade;

- Fatores de Risco:

Em todas as consultas do pré-natal, a gestante deverá ser avaliada quanto a situações de risco pelo médico e/ou pelo enfermeiro (MINAS GERAIS, 2008, p. 19-20).

Fatores de Risco Gestacional que Permitem a Realização do Pré-Natal pela Equipe da Estratégia Saúde da Família

Compreendem situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que exigem uma atenção especial no decorrer do pré-natal:

- Idade menor de 17 e maior de 35 anos;
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior;
- Intervalo interpartal menor que 2 anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior;
- Cirurgia uterina anterior;

- Ganho ponderal inadequado.

Fatores de Risco Gestacional que Indicam a Realização do Pré-Natal em Serviços de Referência:

- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Morte perinatal anterior;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade / Infertilidade;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

Parte 2 Exame Físico

2.1 Geral

- Determinação de peso, altura e estado nutricional da gestante;
- Aferição da pressão arterial;
- Inspeção da pele e da mucosa;
- Palpação da tiróide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar; determinação da frequência cardíaca;
- Exame do abdômen;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema (face, tronco, membros).

2.2 Específico (gineco-obstétrico):

- Exame de mamas:

Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contra- indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ ou química) e para a aquisição da fórmula infantil;

- Palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal:

A palpação obstétrica deverá ser utilizada em todas as consultas, antes de realizar a medida da altura uterina, através da Manobra de Leopold.

- Medida da altura uterina:

A medida da altura uterina deverá ser realizada a partir da porção superior da sínfise pública até o fundo uterino, a seguir anotar a medida no Cartão de pré-natal na área do gráfico de crescimento uterino, as medidas entre os percentis 10 e 90 estão dentro da normalidade.

Em casos de medidas discrepantes verificar o cálculo da idade gestacional e outras causas encaminhar ao médico gineco-obstétrico para avaliação.

- Causas de peso acima do esperado são: mola hidatiforme, polidrâmnio, macrossomia fetal e gestação múltipla.

- Causas de peso abaixo do esperado são: aborto retido, feto morto, oligoidrâmnio e restrição do crescimento intra-uterino.

- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais:

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) é audível a partir de 14 semanas se for utilizado o detector de batimentos cardíofetais, ou 18 semanas, se for utilizado o estetoscópio de Pinard. A frequência normal é de 120 a 160 batimentos por minuto. Em ocorrência de taquicardia ou bradicardia fetal, reavaliar em decúbito lateral e encaminhar a unidade de referência para avaliação e conduta rapidamente.

- Dinâmica uterina:

Avaliar quanto a duração (em segundos) e intervalo de tempo (em minutos).

- Exame da genitália externa:

Inspeção da vulva com observação da pele, pelos e vasculatura.

- Exame especular:

Realizar a avaliação das paredes vaginais e colo uterino, resíduo vaginal, coleta de material para citologia oncológica, teste de Schiller se necessário. Embora não seja causa de abortamento, evitar-se a realização da coleta endocervical durante este período.

Orientar a gestante sobre a necessidade da realização deste exame e que esta esteja ciente de que nenhum desses procedimentos pode ser causa de abortamento ou outros resultados negativos na gestação.

- Toque vaginal:

O toque vaginal deverá ser realizado na primeira consulta de pré-natal e sempre que necessário por médico ou enfermeiro obstétrico, para diagnosticar o apagamento e dilatação cervical no diagnóstico de trabalho de parto.

- Exame dos membros inferiores:

Deverá ser realizado para pesquisa de edema e varizes.

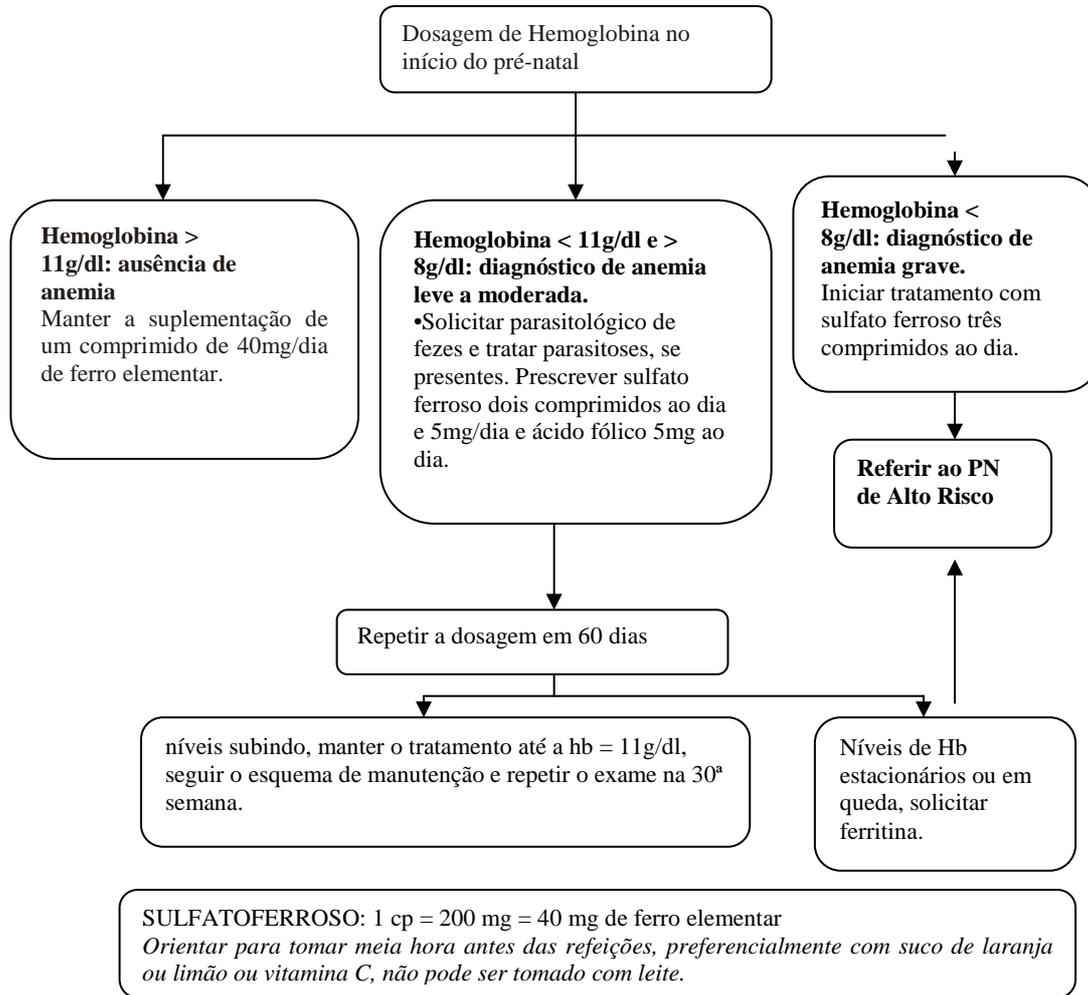
Parte 3 Exames Laboratoriais realizados na 1ª consulta e 30ª semana gestacional

Quadro 1: Exames Laboratoriais realizados na assistência pré-natal e condutas:

Exames	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas até o parto. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.
Sorologia para Lues	VDRL positivo	<i>Sífilis primária</i> – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.400.000UI.). <i>Sífilis recente</i> (até 1 ano) – tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega), repetir em uma semana, dose total 4.800.000. <i>Sífilis tardia</i> (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida) tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UI. Solicitar HTLV 1 e 2 e HCV imediatamente. Realizar investigação nos parceiros da gestante (BRASIL, 2006).
	VDRL negativo	Repetir exame na 30ª semana gestacional e no momento do parto, e em caso de abortamento.
HIV	-	Orientação, repetir na 30ª semana gestacional.
	+	Encaminhar para Pré-natal de alto risco na unidade de referência, Solicitar HTLV 1 e 2 e HCV imediatamente e repetir na 30ª semana gestacional. Realizar investigação nos parceiros da gestante.
Urina tipo 1 Ver Fluxograma (BRASIL, 2006)	1. Proteinúria	1a) “traços”: repetir em 15 dias 1b) “traços” + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco 1c) “maciça”: referir ao pré-natal de alto risco.
	2. Piúria ou Bacteriúria	Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica, se necessário.
	3. Hematúria	3a) se piúria associada, solicitar urocultura. 3b) se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada e repetir na 30ª semana a urocultura.
	4. Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
Urocultura (BRASIL, 2006; MINAS GERAIS, 2008)	Negativa	Sem ITU
	Positiva	Tratar conforme antibiograma com antibióticos seguros na gestação. Sem antibiograma, utilizar Amoxicilina ou Ampicilina ou Cefalosporina ou

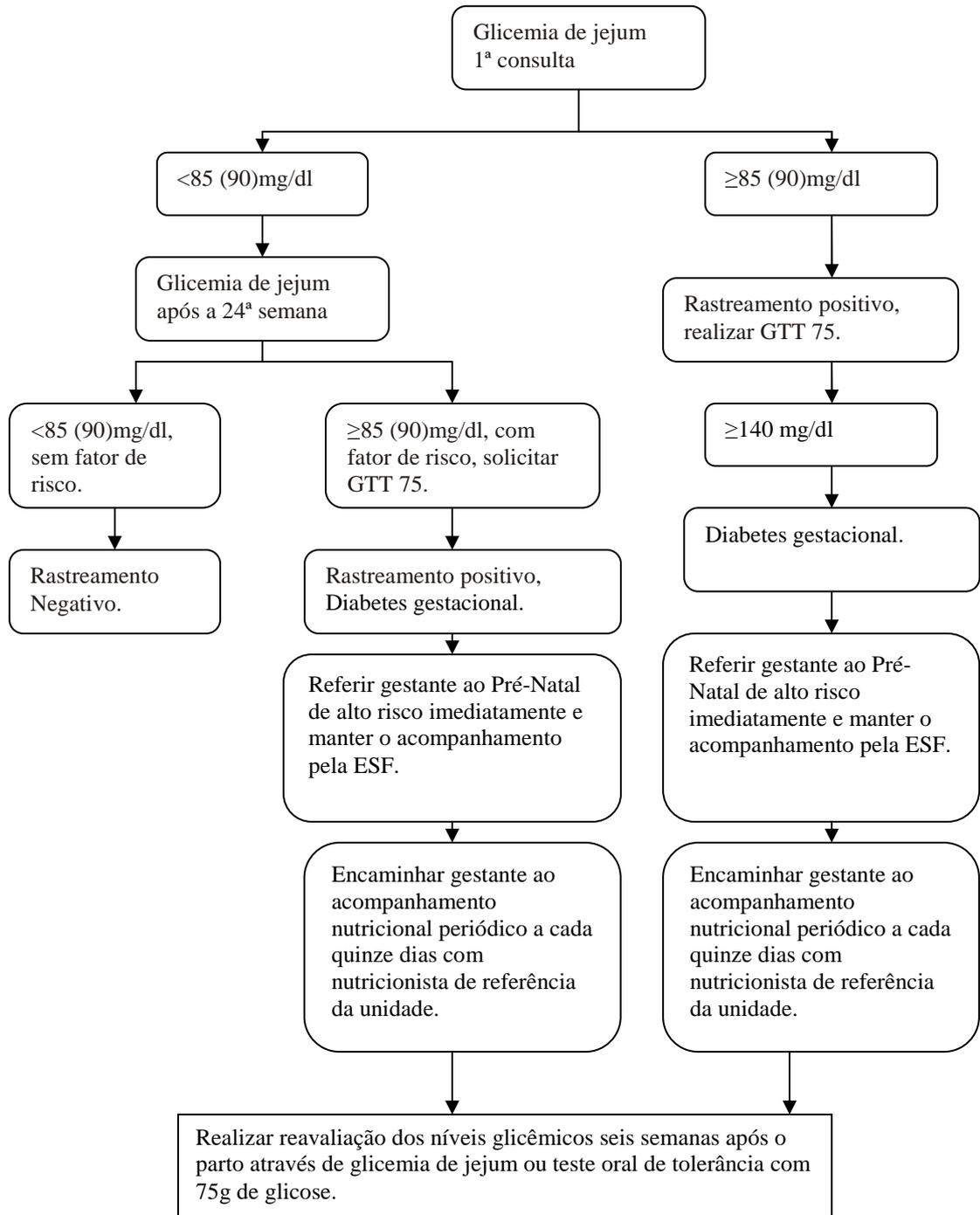
		Nitrofurantoína. Repetir parcial de urina e urocultura após uma semana do tratamento.
Sorologia para Rubéola (Avaliar carteira de vacinação da gestante, se estiver vacinado não solicitar sorologia e imunização).	1. IgG e IgM – negativas	Encaminhar para imunização no puerpério e orientar evitar contato com crianças doentes
	2. IgG + e IgM -	Imune
	3. IgG +/- e IgM +	Encaminhar para alto risco
Sorologia para HbsAg	+	Notificar vigilância. Solicitar anti HBS, HBeAg/anti HBe, HTLV 1 e 2 e HCV imediatamente e solicitar novamente na 30ª semana gestacional. Realizar investigação nos parceiros da gestante e tratar sempre.
	-	Sem hepatite no momento, repetir com 30 semanas de gestação.
Sorologia para Toxoplasmose	IgG + e IgM -	Imune
	IgG – e IgM -	Não Imune Repetir na 30ª semana de gestação. Orientação – evitar contato com cães e gatos, evitar consumo de carne crua e ovos crus, cuidados higiênicos ao lidar com terra.
	IgG- ou + e IgM+	Toxoplasmose aguda – referir PN de alto risco.
Dosagem de hemoglobina	Ver fluxograma	
Glicemia de Jejum	Ver fluxograma	

3.1 Fluxograma Dosagem de Hemoglobina



FONTE: Adaptado de BRASIL, 2006.

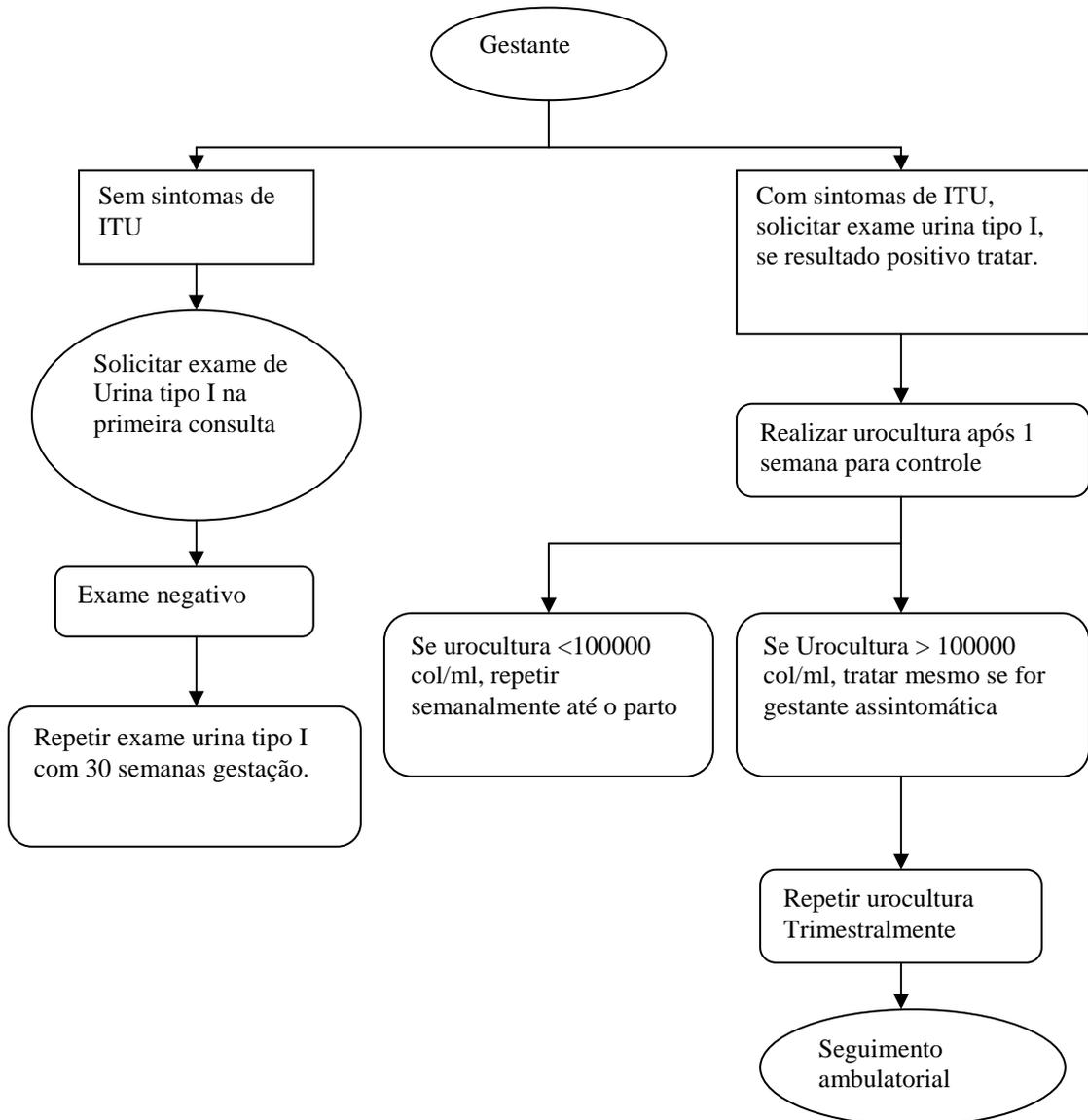
3.2 Fluxograma de procedimento para o Diagnóstico de Diabetes Gestacional



FONTE: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.

A equipe ESF ou Unidade de Atenção Primária à Saúde Materno Infantil deverá realizar monitoramento semanal da glicemia capilar da gestante diabética anotando em ficha de acompanhamento própria. (Em anexo). Para o monitoramento a gestante deverá realizar em jejum e pós-prandial de 15 em 15 dias.

3.3 Fluxograma Infecção do Trato Urinário- ITU



FONTE: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.

- **Conduta (MINAS GERAIS, 2008):**

- **Casos leves – Infecção urinária baixa:**

- Tratamento ambulatorial com antibioticoterapia por via oral durante 7 a 10 dias;

- **Medicação**

- **Como primeira escolha:**

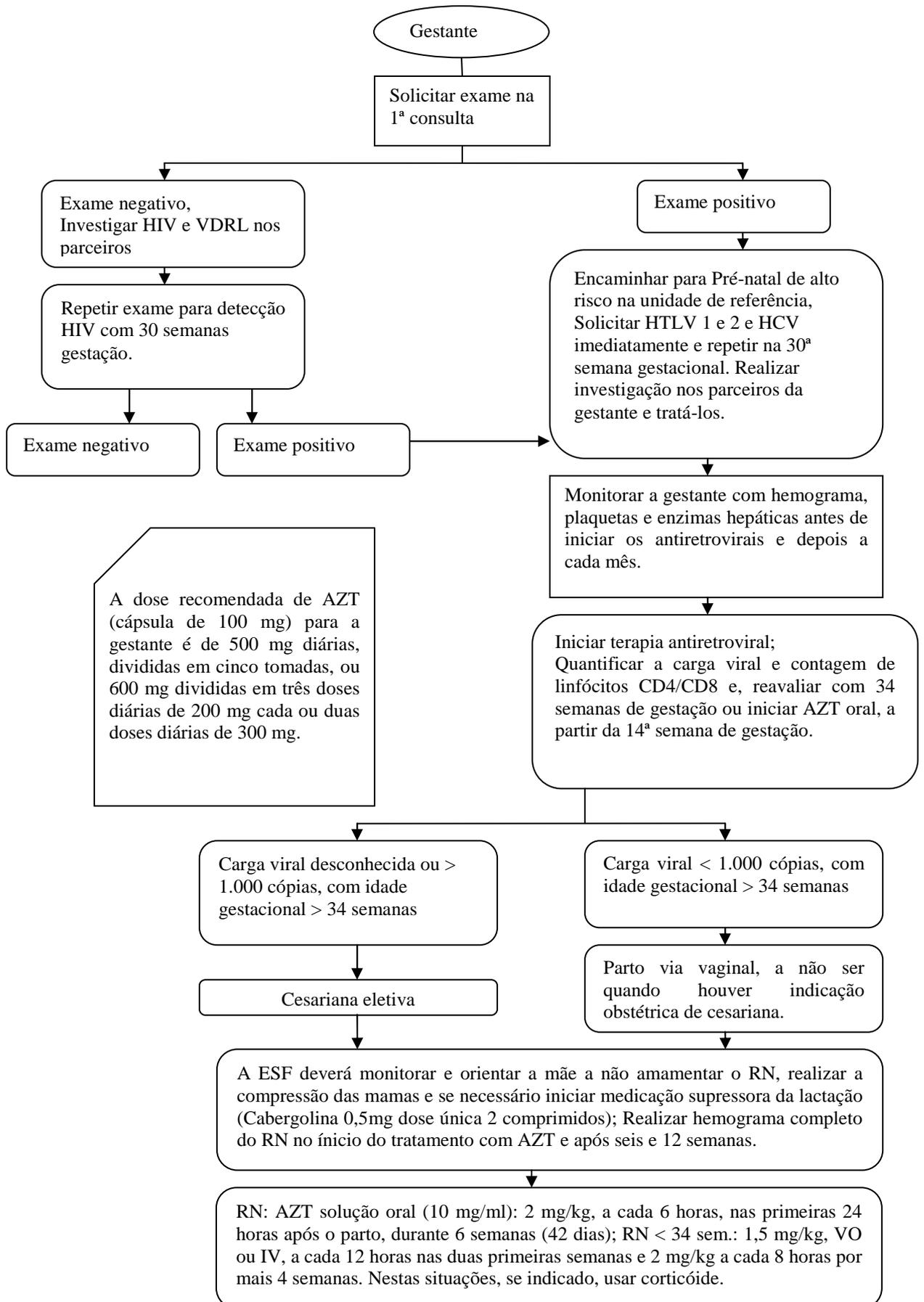
- Ampicilina – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias;
- Cefalosporina 1ª geração – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias.

Em casos de não resposta ao tratamento ou caso recidivante:

- Nitrofurantoína – 100 mg, VO, de 6/6 horas, 10 a 14 dias;

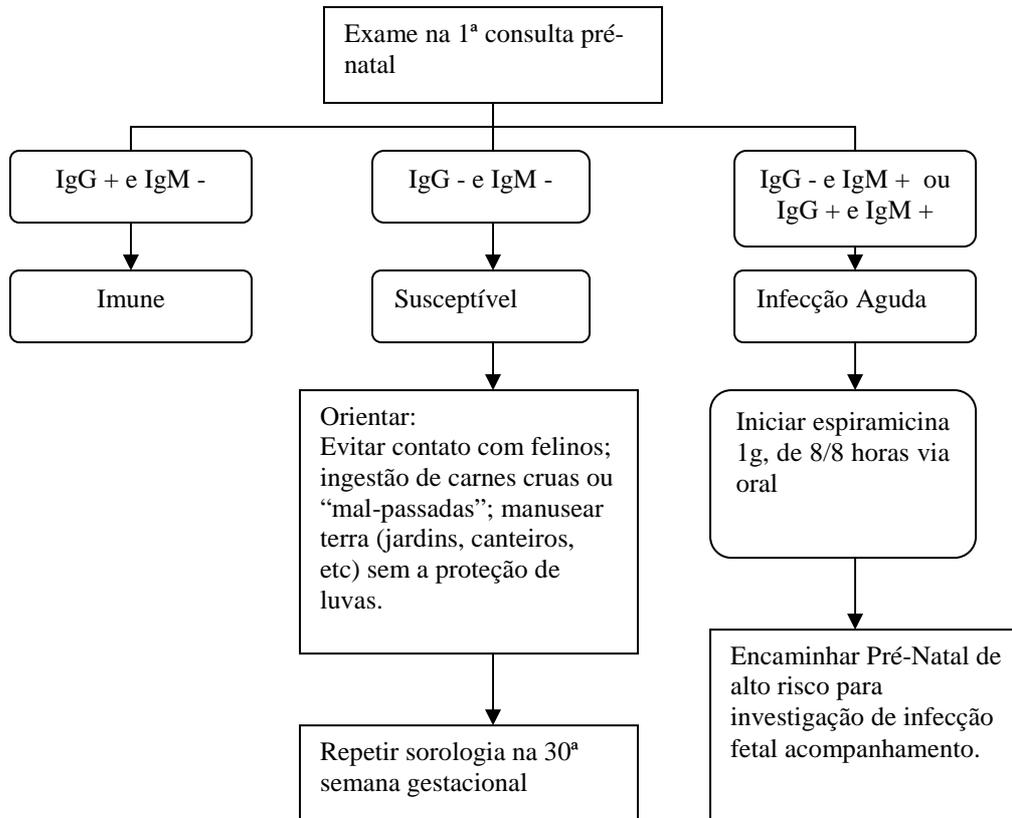
- Iniciar o tratamento frente ao diagnóstico declarado sem esperar a realização dos exames laboratoriais, que devem ser feitos 7 a 15 dias após o término do tratamento;
 - A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos leves.
- Casos graves – Infecção urinária alta:
- Internação com controle dos sinais vitais, hidratação e antibioticoterapia;
 - Medicação:
 - Cefazolina – 1 g, IV, de 8/8 horas;
 - Cefalotina – 1 g, IV, de 6/6 horas;
 - A eficácia do tratamento é avaliada a cada 24 horas;
 - Administrar a medicação parental até 48 horas após cessar a febre e complementar o tratamento com medicação oral;
 - Após a fase aguda: cefalosporina de 1^a geração, 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 10 a 14 dias;
 - Em casos de não resposta ao tratamento:
 - Gentamicina – 1 mg/kg, IV, de 8/8 horas;
 - Ceftriaxona – 1 a 2 g/dia, dose única;
 - Nestes casos, após a fase aguda, complementar o tratamento com medicação oral, de acordo com o antibiograma;
 - Deve ser realizada urocultura de controle, 7 a 10 dias após o término do tratamento;
 - Em todos os casos de recidiva, administrar Nitrofurantoína, 100 mg diariamente à noite, até o final da gravidez.

3.4 Fluxograma para HIV



FONTE: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.

3.5 Fluxograma para Toxoplasmose



FONTE: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.

Parte 4 Aferição de Pressão Arterial (PA) (MINAS GERAIS, 2008)

São cuidados preconizados para verificação da PA:

- A mulher deve permanecer em repouso por pelo menos 5 minutos antes da aferição.
- Braço estendido na altura do coração (medir sempre no mesmo braço)
- Manguito de largura-padrão de 12cm

Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (adultos com mais de 18 anos de idade):

PA Sistólica (mmhg)	PA Diastólica (mmhg)	Classificação
120	80	Ótima
<130	<85	Normal
130-139	85-89	Normal limítrofe
140- 159	90- 99	Hipertensão leve Estágio 1
160- 179	100- 109	Hipertensão moderada Estágio 2
≥180	≥110	Hipertensão grave Estágio 3
≥140	<90	Hipertensão arterial sistólica isolada

FONTE: ARQ BRAS CARDIOL 2010; 95(1 SUPL.1): 1-51

Quando a mulher se encontrar com pressão arterial na primeira aferição nos estágios 1 e 2, sem sinais de emergência ou urgência – orientar a permanecer em repouso em ambiente tranquilo por 30 minutos em DLE e aferir novamente a pressão arterial da paciente, se manter o enfermeiro e/ou médico deverá encaminhar a gestante a unidade de urgência de referência.

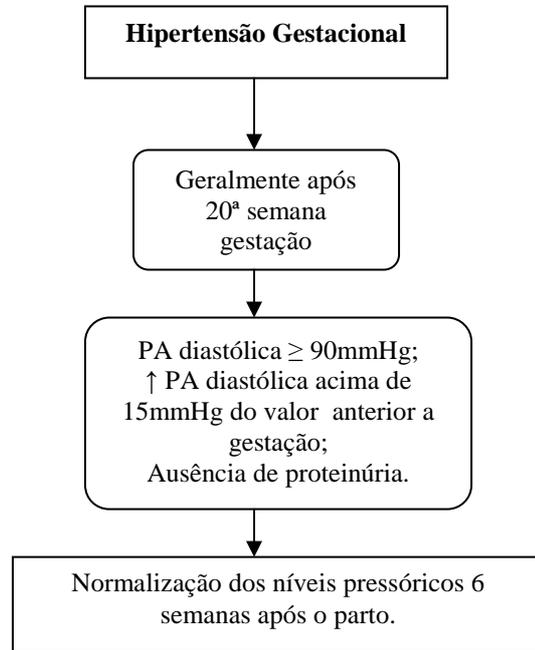
4.1 Síndrome Hipertensiva da Gravidez

É importante detectar precocemente os estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal, com a aferição da pressão arterial em todas as consultas de acompanhamento pré-natal e quando necessário.

Encaminhar a gestante a nutricionista para avaliação e acompanhamento pré-natal, e orientar a ingestão de dieta hipossódica e hiperproteica nos casos graves; aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água (Exceto em casos de restrição de ingestão de líquidos) e repouso relativo.

Toda a gestante com quadro hipertensivo deve ser encaminhada para realização do pré-natal de alto risco no serviço de referência.

4.2 Hipertensão Gestacional



FONTE: MINAS GERAIS, 2008.

4.2.1 Hipertensão Arterial Crônica

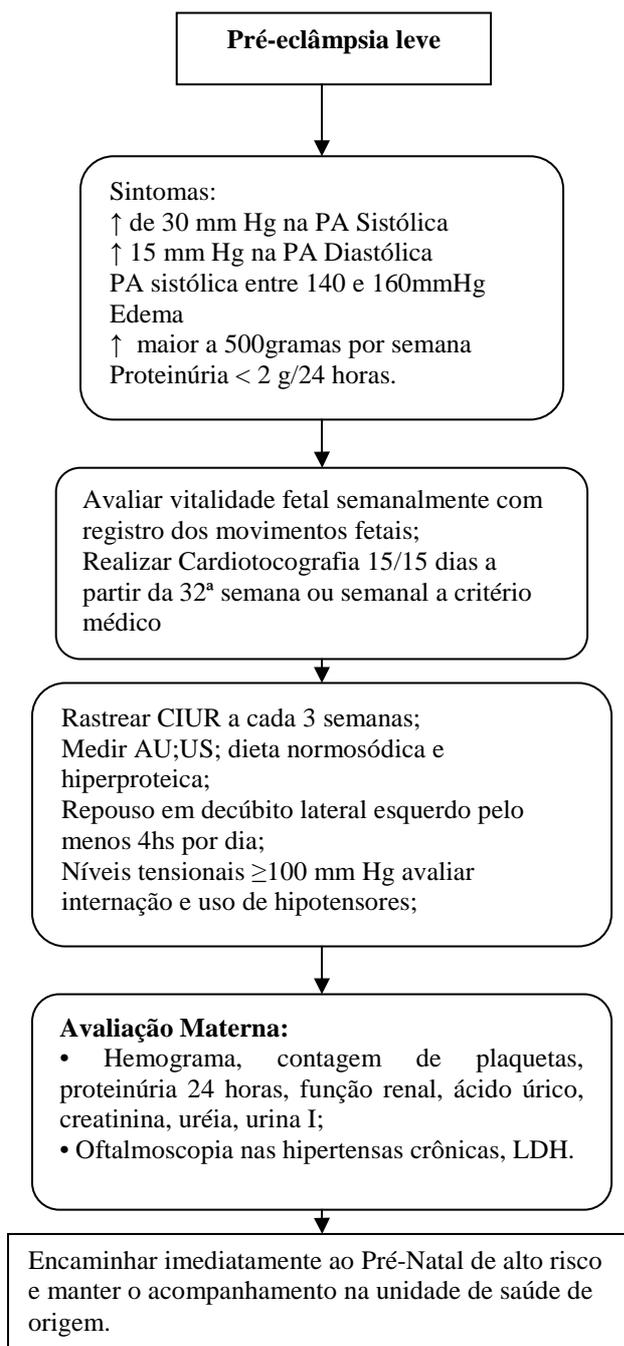
- **Medicações recomendadas** (MINAS GERAIS, 2008):

- Metildopa: 750 mg a 2 g/dia, em 3 tomadas diárias;
- Nifedipina retard: início com 10 mg/dia e o máximo de 40 mg/dia, de 6/6 horas ou Retard 20 mg de 12/12 horas;
- Pindolol: início com 5 mg/dia e o máximo de 30 mg/dia, de 8/8 horas;
- Pode haver associação, respeitando as doses terapêuticas;
- Os inibidores ECA são contra-indicados;

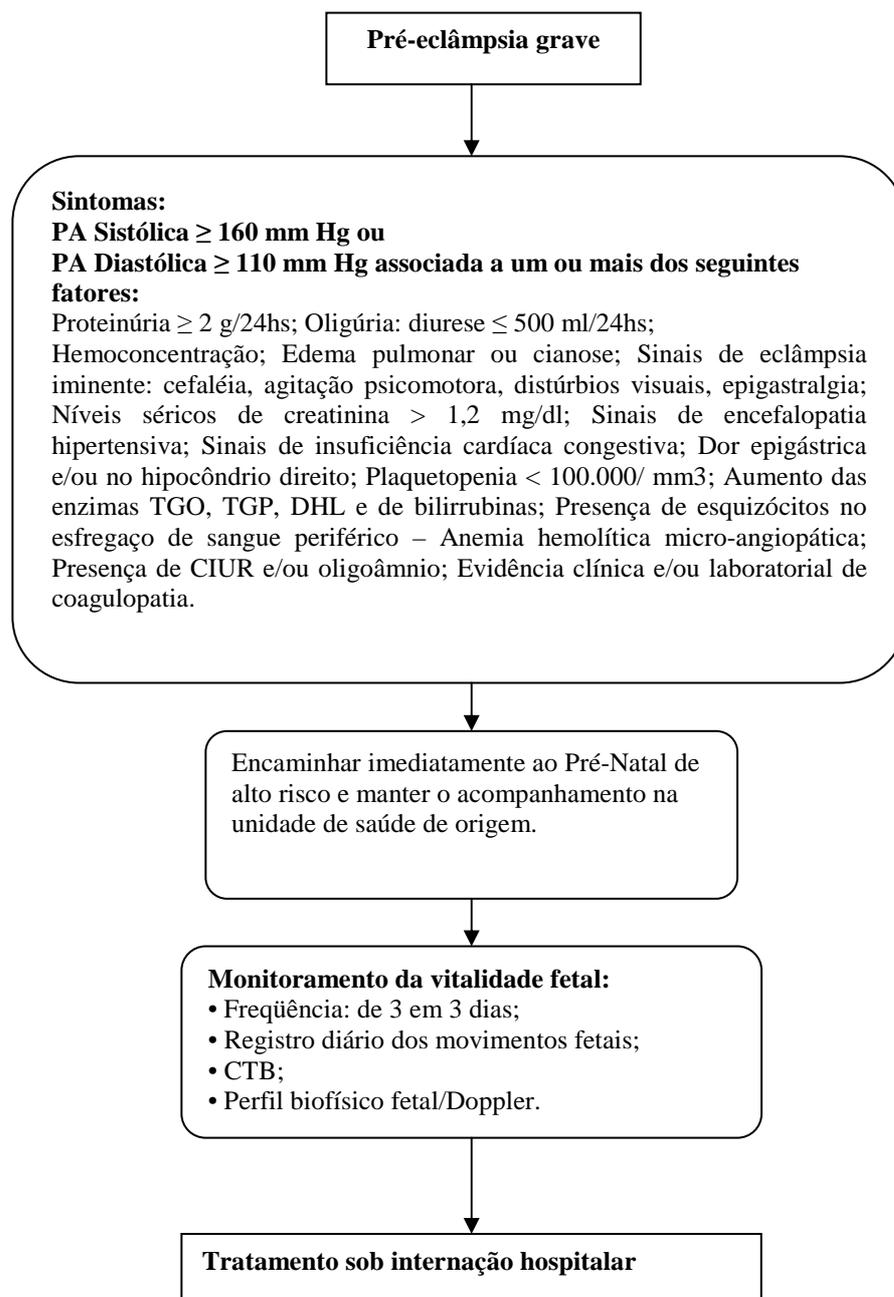
4.3 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

- Pré-eclâmpsia

De acordo com o grau de comprometimento, a Pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave:



FONTE: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.



FONTE: Adaptado de MINAS GERAIS, 2008.

- Eclâmpsia

Clínica: convulsão ou coma podendo levar ao óbito materno fetal;

Na constatação de Eclampsia encaminhar imediatamente a unidade de referência para internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo.

- Hellp Síndrome

O termo Hellp Síndrome é caracterizado por agravamento da pré-eclâmpsia grave com alterações de hemólise (H-Hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (EL – Elevated liver functions test) e plaquetopenia grave (LP – Low platelets count):

Ocorre em 2 a 12% das pacientes com pré-eclâmpsia;

Em 70% dos casos, ocorre durante o parto e em 30%, no pós-parto.

- Diagnóstico:

- Náuseas, vômitos, mal estar com poucos dias de duração, dor epigástrica ou no quadrante superior direito, dor abdominal no ombro ou no flanco, icterícia, hematúria, poliúria, sangramento gastro-intestinal;

- A hipertensão pode estar ausente em 20% dos casos;

- Hemólise – encontro no esfregaço de esquizócitos no sangue periférico;

- Aumento de bilirrubina > 1,2 mg/ml;

- Aumento de desidrogenase láctica > 600 u/L;

- Aumento das enzimas hepáticas TGO, TGP;

- Plaquetopenia < 100.000/ml;

- Anemia hemolítica micro-angeopática.

- Pós-Parto

- Observação materna na sala de recuperação 12 a 24 horas em uso de Sulfato de Magnésio;

- A resolução da maioria dos casos de Hellp Síndrome ocorre dentro das primeiras 24 horas, mas a monitorização destas pacientes deve persistir por 2 a 4 dias;

- Na alta hospitalar, a maioria das pacientes está normotensa.

- A equipe de saúde deverá avaliar impreterivelmente a pressão arterial das gestantes hipertensas na consulta puerperal com 40 dias.

Parte 5 As Orientações e condutas nas Queixas Frequentes (MINAS GERAIS, 2008)

- Náuseas, Vômitos e Tonturas:

Orientar:

- Ingerir alimentos secos, a base de carboidratos, como torradas e pães pela manhã;
- Evitar líquidos junto das refeições;
- Realizar refeições mais fracionadas e com menor volume;
- Evitar alimentos gordurosos, doces concentrados, refrigerantes, café e alimentos condimentados;
- Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água, em caso de vômitos;
- A última refeição do dia deve ser feita pelo menos duas horas antes de dormir.

- Pirose – Azia:

Orientar:

- Dieta fracionada, evitando frituras;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Ocasionalmente, pode-se fazer uso de antiácidos.

- Sialorréia – Salivação Excessiva:

Orientar:

- Dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância.

- Fraquezas e Desmaio:

Orientar:

Evitar mudanças bruscas de posição e a inatividade;

Indicar uma dieta fracionada, sugerir café, chá com açúcar como estimulante, desde que não contraindicados;

Assentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo, respirando profunda e pausadamente.

- Dor Abdominal, Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal:

Realizar exame físico abdominal, eliminando a possibilidade de contrações uterinas.

Se a gestante apresentar flacidez na parede abdominal, sugerir o uso da cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;

Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:

- Orientar dieta rica em fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;

- Aumentar a ingestão de líquidos;

- Evitar alimentos de alta fermentação tais como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;

- Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal.

Eventualmente prescrever:

- Gases: Dimeticona;

- Obstipação: supositório de glicerina;

- Cólicas: Hioscina, 01 cápsula, via oral, até duas vezes ao dia.

Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

- Hemorróidas:

Orientar:

- Fazer dieta, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositório de glicerina;

- Não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer a higiene perianal com água e sabão neutro

após defecação;

- Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;

- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

- Corrimento Vaginal:

Um aumento do fluxo é comum na gestação;

Usar creme vaginal somente com diagnóstico confirmado de infecção vaginal;

Agendar consulta médica se ocorrer fluxo amarelado, esverdeado ou com odor fétido e caso haja prurido.

- Queixas Urinárias:

Explicar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gestação, devido ao crescimento do útero e à compressão da bexiga;

Fazer exame de urina em caso de dor ao urinar, hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

- Falta de Ar e Dificuldade para Respirar:

Esses sintomas são freqüentes na gestação em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante;

Recomendar repouso em decúbito lateral;

Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias;

Estar atento a outros sintomas associados e achados no exame cardiopulmonar.

- Dor nas Mamas:

Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

- Dor Lombar

Correção de postura ao sentar-se e ao andar;

Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis;

Aplicação de calor local; Eventualmente, usar analgésico por tempo limitado.

- Cefaléia

Orientação:

- Afastar hipertensão e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação);

- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

- Sangramento nas Gengivas

Recomendar uso de escovas macias e massagem nas gengivas;

Agendar atendimento odontológico.

- Varizes

Não permanecer muito tempo de pé ou sentada;

Repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas;

Não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas e se possível utilizar meia-calça elástica para gestante.

- Câimbras

Fazer massagens e calor local;

Evitar excesso de exercícios físicos.

- Cloasma Gravídico

Comuns na gravidez;

Evitar exposição direta ao sol;

Usar foto protetor com fator protetor solar ≥ 30 , incentivar o uso de chapéus ou bonés.

- Estrias

São resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção; No início, são arroxeadas e, com o tempo, da cor da pele;

Orientar o uso de óleos à base de uva durante o banho e hidratantes pós-banho sem odor e sem corantes.

Parte 6 Aleitamento Materno

Orientar, preparar e estimular a mulher a querer amamentar, durante as consultas de Pré-Natal, grupos de Gestantes e realização de salas de espera. Sobre as técnicas do aleitamento materno fortalecendo a autoconfiança e determinação da gestante.

Em gestantes com mamilos invertidos, não existe a necessidade da realização de exercícios nos mamilos durante a gestação e não há indicação para exames de rotina das mamas com esse propósito, a protratilidade aumenta com a aproximação do parto, e ajudar a posicionar corretamente o recém-nascido no peito logo no pós-parto, mostra-se como uma técnica mais eficiente que as intervenções durante o pré-natal.

Realizar orientações dietéticas, como aumentar a ingestão de líquidos entre o intervalo das refeições, evitar o excesso de café, chás pretos, chocolates e alimentos com corantes, bem como de temperos com odor forte (alho, cebola); não fumar nem fazer uso de bebidas alcoólicas e não ingerir medicamentos sem orientação médica, pois algumas drogas podem ser transmitidas ao leite.

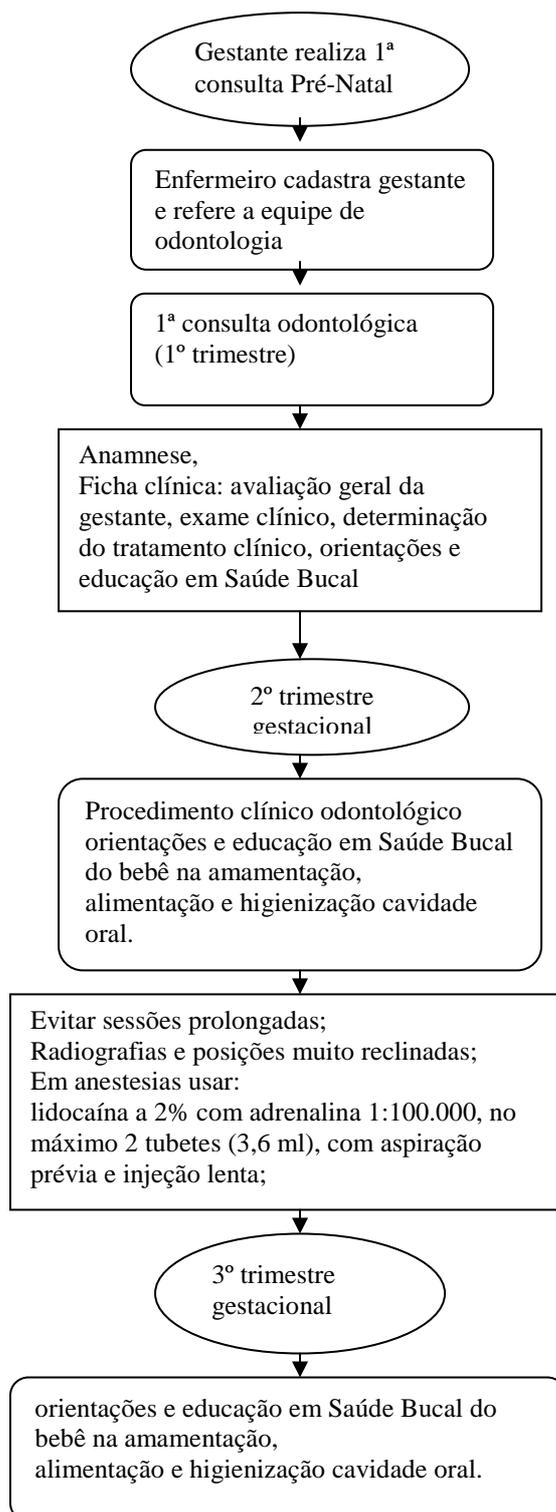
6.1 Grupos de Gestantes

Os grupos de gestantes deverão ser realizados em todas as unidades de saúde, de acordo com a disponibilidade de cada uma. Possui o objetivo de propiciar informações importantes e objetivas, com a participação de uma equipe multiprofissional abordando temas referentes as mudanças relacionadas ao período gestacional, parto e puerpério, com enfoque aos cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar, aleitamento materno e outros diversos de acordo com o interesse e necessidade de cada grupo.

É importante o uso de materiais educativos para facilitar abordagem e entendimento sobre os assuntos abordados. Propor meios para a interação do parceiro e familiares no processo gravídico-puerperal.

Parte 7 Saúde Bucal

As urgências odontológicas devem ser cuidadas assim que aconteçam, para aliviar a dor e tratar qualquer infecção.



Parte 8 Puerpério

A equipe de Saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde Materno Infantil é responsável pela realização da vacinação contra a Hepatite B no recém-nascido em esquemas de plantões na Maternidade do Hospital Antônio Moreira da Costa, neste município, e após a alta hospitalar a puérpera e o recém-nato deverão procurar a sua unidade de Referência para a realização das Ações do 5º dia de vida:

- Verificação de icterícia neonatal e estado geral do recém-nascido;
- Colheita de material para a realização do Teste do Pezinho;
- Vacinação do recém-nato com o BCG e Hepatite B se necessário;
- Avaliação puerperal;
- Vacinação materna contra a rubéola;
- Orientações sobre o aleitamento materno;
- Proceder a retirada de pontos entre 07 a 10 dias, se na avaliação houver presença de sinais flogísticos, encaminhar a maternidade juntamente com carta de referência/contra referência para avaliação.
- Agendar consulta de retorno pós-parto com 30 dias na unidade onde a puérpera realizou o pré-natal para a realização da coleta de citologia oncótica quando necessário, e prestar orientações sobre o Planejamento Familiar.

Parte 8.1 Encaminhamento e acompanhamento ao Pré-Natal de Alto Risco

- Quanto ao Encaminhamento ao Serviço de Referência:

Antes de tudo, a gestante deve ser orientada quanto ao encaminhamento e esclarecida de que o vínculo com a equipe continua;

A equipe de ESF e a unidade de Atenção Primária à Saúde Materno Infantil ao identificarem fatores de risco pertencentes ao grupo “*Fatores de Risco Gestacional que Indicam a Realização do Pré-Natal em Serviços de Referência*”, deverão contactar imediatamente a secretaria municipal de saúde situada no Centro de Atendimento ao Cidadão (CAC) para o vinculamento da gestante ao serviço de Referência em Pré-Natal de Alto Risco no HCSL (Hospital das Clínicas Samuel Libânio) em Pouso Alegre. A equipe ESF e/ou a Unidade de Atenção Primária à Saúde Materno Infantil, que estava realizando o Pré-Natal continua responsável pelo acompanhamento a gestante.

Para a realização do encaminhamento da gestante ao serviço de referência a equipe de saúde deverá enviar o Formulário de encaminhamento devidamente preenchido;

- Quanto às Consultas

O intervalo das consultas deverá ser definido de acordo com o estado geral da gestante e de acordo com os fatores de risco apresentados.

O profissional deve estar atento a todos os cuidados da anamnese, exame físico e exame ginecoobstétrico e realizar todas as anotações necessárias no prontuário da gestante com letra legível.

A equipe de enfermagem deverá realizar em todas as consultas de acompanhamento de Pré-Natal a pré-consulta com a aferição da pressão arterial, peso e altura, com a determinação do Índice de Massa Corpórea e anotar no prontuário da gestante. E após cada consulta a equipe de enfermagem deverá conferir o prontuário da gestante quanto ao seu preenchimento adequado, possíveis encaminhamentos a serviço de referência de Pré-Natal de alto risco e outros serviços e agendamento das consultas subseqüentes.

Considerações Finais

A construção e aplicabilidade de um protocolo clínico representam um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar e de assistir que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva. Desse modo, os espaços destinados à educação permanente, na linha do cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido, foram escolhidos enquanto protocolo clínico e proposta de intervenção no Município de Santa Rita do Sapucaí-Minas Gerais.

Compreendido como uma forma de educação em saúde, o protocolo clínico, também é concebido enquanto espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que também levam à construção e à reconstrução do conhecimento a partir de um processo de identificação entre os atores envolvidos.

Após essas reflexões, compreendemos que elaborar protocolo clínico não é uma tarefa fácil, principalmente na saúde, uma vez que não se limita à transmissão de informações. Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde. Assim, é fundamental promover uma educação permanente que visa a participação efetiva dos profissionais, gestantes, puerperas e familiares que utilizam os serviços de saúde, no sentido de utilizar esse protocolo clínico, de acordo com as suas necessidades, em prol da saúde da mulher e em especial na assistência pré-natal e puerpério de baixo risco.

O desenvolvimento de protocolos sistematizados para assistência no pré natal e puerperio de baixo risco demonstram a preocupação do enfermeiro em adquirir novos conhecimentos, e a adesão a tecnologias atuais que melhoram sua capacidade de ação, diminuindo assim a incidência de complicações nessa clientela.

Isto posto, espera-se que este trabalho suscite entre os estudantes enfermeiros e gestores da área, novos estudos e novas discussões sobre o tema ora apresentado.

Referências

BARROS FILHO, A. A. A visibilidade da criança ao longo da história. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.15, n.2, Mar. 2010. Acesso em 25/03/2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200006&script=sci_arttext>

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios). Acesso em: 10/03/2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2004b. Acesso em: 11/03/2011. Disponível em : <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>

BRASIL. Ministério da saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Editora MS. Brasília/ DF 2004c. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 1 ed. 80p. Acesso em 20/05/2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**- manual técnico/M, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de cadastramento da gestante**. Acesso em 20/05/2011. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/FormGestanteV211.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL**. Acesso em 20/05/2011. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/FormAcompanhamentoV211.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão da gestante**. Acesso em 20/05/2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24902>

CIPD. **Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento**. Cairo, Egito. Relatório final. Publicação em português. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994.

COELHO, S; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 115 p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR).Resolução COFEN-271. **Regulamenta ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames.** Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 2002. Acesso em: 09/01/2011. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4308>>

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, F.V. **Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros.** Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro. v.13 n.1 Jan./Mar. 2009. Acesso em: 10/01/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000100020&lang=pt&tlng=pt>

GIFFIN, K. M. **Mulher e saúde.** Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro. v.7, n.2, abril/jun. 1991. Acesso em : 11/03/2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200001&script=sci_arttext>

GOMES, F. Z.; ADORNO, R. C .F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Revista Saúde Pública.** São Paulo. v.24 n.3. Jun. 1990. Acesso em 02/07/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101990000300006&script=sci_arttext>

GOMES, M. A. S. M. As políticas públicas na área da saúde da criança. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2), 2010, P: 329-330. Acesso em 02/07/2011. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/1769/1/As%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20na%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde%20da%20crian%C3%A7a.pdf>>

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Acesso em 05/03/2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315960#>>

LEITE, A. C. N. M. T; PAES, N. A.. **Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna.** História, Ciência e Saúde: Manguinhos. Rio de Janeiro. v.16,n.3, jul/set. 2009. Acesso em: 10/03/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702009000300008&lang=pt>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 2ªed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2008. 84 p.

NARCH, N. Z. **Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade.** 2008. Acesso em 14/01/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000100012&lang=pt&tlng=pt> acesso em 14/01/2011>

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M; SOUZA, K.V. **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança.** Texto Contexto Enferm: Florianópolis, 2005. Out-Dez.

14(4):585-593. Acesso em 27/04/2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>>

SERRUYA, S. J. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do ministério da saúde no Brasil.** Tese de Doutorado. UNICAMP 2003. Acesso em 11/03/2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51. Acesso em 09/08/2011. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/vi_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf>

VIANA, M. R. A.; ALVES, C. R. L.; ALVIM, C.G.; JUNQUEIRA, H. S.; GOULART, L. M. H. F.; DIAS, L. S.; MAGALHÃES, M. E. N.; CRUZ, R. M. B. da; AMARAL, T. M. do; MOULIN, Z. S. **Atenção a Saúde da Criança.** 1 ed. Minas Gerais. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 224p. Acesso em 09/08/2011. Disponível em:
<<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas/guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>>

VIOTTI, M.L.R. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher in: **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres.** Pequim, 1995, p: 148-258. Acesso em: 11/03/2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_4_conferencia_mundial_mulher.pdf>

ANEXO A

CASO NOVO DE PRÉ NATAL

Nome: _____ Data nascimento: __/__/__

Nome Mãe: _____

Endereço: _____

SISPRENATAL: _____ Profissão: _____

Estado civil: () casada () solteira () amasiada () separada () viúva

Paridade: Gesta: __ Partos: __ Aborto: __ DUM: __ TG: __ DPP: __/__/__

Antecedentes pessoais: _____

Vacinação: Anti tetânica () Atualizada () Não atualizada 1º __/__/__ 2º __/__/__

Rubéola () Atualizada () Não atualizada

Hepatite B () Atualizada () Não atualizada

Medicação em uso: _____

Intercorrências gestacioanais: _____

Hábitos: Tabagismo: Sim() Não() Álcool: Sim() Não() Drogas: Sim() Não()

Alergias: _____ Infecções: _____

Cirurgias: _____

História Familiar: DM () HAS() Cardiopatia () Outros: _____

Antecedentes Obstétricos

DATA	Idade Gestacional	Tipo de Parto	Peso RN	Amamentação	Complicações

Exame Físico:

Geral: _____

Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____ PA: _____ FC: _____

Sistema cardiovascular: _____

Pele: _____ MMII: _____ Boca: _____

Ginecológico

AU: _____ BCF: _____ MF: _____ Mamas: _____

Vulva: _____ Toque: _____

Especular: _____

EXAMES LABORATORIAIS

SOROLOGIAS

DATA	VDRL	HIV	HBS AG	TOXOPLASMOSE	RUBÉOLA	OUTRAS

CONSULTAS DE PRÉ NATAL

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

DATA: ____/____/____

QUEIXAS: _____

EXAME FÍSICO: _____

PESO: _____ Kg GANHO DE PESO SEMANAL: _____ Kg PA: _____ MMHG

FC: _____ BPM PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÃO: _____

ALTURA UTERINA: _____ CM BCF: _____ BPM MF: _____

PELE: _____ MMII: _____

CONDUTA: _____

DATA: ____/____/____

QUEIXAS: _____

EXAME FÍSICO: _____

PESO: _____ Kg GANHO DE PESO SEMANAL: _____ Kg PA: _____ MMHG

FC: _____ BPM PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÃO: _____

ALTURA UTERINA: _____ CM BCF: _____ BPM MF: _____

PELE: _____ MMII: _____

CONDUTA: _____

ANEXO B

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

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

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF	
		Código da Área	Microárea
9. Nome da Gestante		10. Data Nascimento	
11. Nome da Mãe da Gestante			
12. Endereço Residencial			Número
Complemento	Bairro	Município	CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. N.º do Cartão SUS		14. N.º do CPF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
16. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
17. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal		19. Data da última menstruação	
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal			

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO C

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA

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

N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	HbsAg	IgM Toxo	Vacina anti-tetânica				Consulta Puerperal
												1ª dose	2ª dose	Reforço	imune	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Preencher as quadrículas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01 – Enfermeira; 22 – Ginecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia; 74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia. No caso da vacina antitetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão da Gestante.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

