

LINHAS GERAIS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL



PIAUI 2019

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER
MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA



LINHAS GERAIS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL

Dr. Joaquim Vaz Parente
Diretor de Ensino e Pesquisa - MDER

Ms. Maria Auzeni de Moura Fé
Coordenadora Estadual de Saúde da Mulher – SESAPI

Piauí- PI, 13 de Agosto de 2019.

FICHA TÉCNICA

José Wellington Barroso de Araújo Dias

Governador do Estado do Piauí

Florentino Alves Veras Neto

Secretário Estadual da Saúde do Piauí

Hérion Clístenes Lima Guimarães

Superintendente de Atenção Primária à Saúde e Municípios

Alderico Gomes Tavares

Superintendência de Assistência à Saúde

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde

Luciana Sena Sousa

Gerente de Atenção à Saúde

Maria Auzeni de Moura Fé

Coordenadora de Atenção à Saúde da Mulher

Francisco de Macedo Neto

Diretor da Maternidade Evangelina Rosa-MDER

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO da “LINHAS GERAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL”

1. Prof. Dr. Joaquim Vaz Parente- Diretor de Ensino e Pesquisa- MDER
2. Ms. Maria Auzeni de Moura Fé – Coordenadora de Atenção à Saúde da Mulher

COLABORADORAS:

1. Kátia Karine Almeida Rocha – Técnica da Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher
2. Ana Míria de Oliveira Batista – Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica/UFPI

2019 SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta “LINHAS GERAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL” desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – Agosto/2019 – 5.000 exemplares

Elaboração e informações
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ
MDER/SAÚDE DA MULHER
Av. Pedro Freitas S/N– Centro Administrativo – Bloco A
Teresina – Piauí
CEP 64.018-900
www.saude.pi.gov.br

APRESENTAÇÃO	5
1. O papel do pré-natalista	7
2. A importância do início precoce da assistência pré-natal.	7
3. Doenças não transmissíveis que impactam, negativamente, o organismo materno:.....	7
4. Doenças não transmissíveis que impactam negativamente o organismo do concepto:	8
5. O parto prematuro de qualquer etiologia.	8
6. A importância da janela aberta pelo diagnóstico pré-gestacional e ou no primeiro trimestre de gravidez de enfermidades ou agravos diversos:.....	8
6.1. Para o organismo materno	8
6.2. Para o organismo do concepto	8
6.3. Aspectos financeiros e sociais	8
7. Cronologia para implantação do fluxo de assistência a mulher grávida –FAMG, nos diferentes TDs, a partir do segundo semestre de 2019	9
7.1. Imediata – Características dos Territórios de Desenvolvimentos (TDs).....	9
7.2. Mediata – Na dependência do preenchimento de critérios mínimos necessários.....	9
8. FAMG no pré-natal	9
8.1. Roteiro de consultas.....	9
8.2. Fatores de risco para pré-eclâmpsia	11
8.2.1. Profilaxia medicamentosa da pré-eclâmpsia.....	11
9. Critérios mínimos para funcionamento de pré-natal de alto risco.....	11
9.1. Estrutura:	11
9.2. Recursos humanos:.....	11
9.3. Equipamentos:.....	12
9.4. Laboratório	12
10. Monitoramento das ações da assistência à gestante de acordo com o documento “LINHAS GERAIS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL”.	12
11. Fluxo da assistência à gestante no pré-natal.....	13
12. Fluxograma da gestante no processo de identificação de risco para pré-eclâmpsia	14
13. Bibliografia consultada:	15
14. Anexo 1- Fluxograma recomendado pelo Ministério da Saúde relativo à identificação e condução de casos de toxoplasmose na gestação.	17
15. Anexo 2- Instrumento de monitoramento	19
16. Fichas oficiais:	22
17. Esquema vacinal da gestante - calendário de vacinação	26

APRESENTAÇÃO

A assistência pré-natal de qualidade constitui-se na principal forma de prevenção, identificação precoce e ou controle evolutivo de enfermidades pré-existentes à gravidez, surgidas em concomitância com a mesma ou dela decorrentes.

No presente instrumento intitulado “LINHAS GERAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL”, ora apresentado, encontram-se descritos, de forma muito sintética, a importância do pré-natalista no contexto da equipe multiprofissional e os seus papéis de clínico geral, obstetra e pediatra que, conscientemente, precisa assumir para melhor desempenhar o seu trabalho de acompanhamento da gestante durante todo o ciclo que antecede ao parto e constitui estratégia proposta no Plano Estadual de Ação para Redução da Mortalidade Materna e na Infância 2019 - 2023.

Neste instrumento, também se encontra estabelecido o fluxo de assistência à mulher grávida, iniciado pela classificação de risco gestacional mediante utilização de instrumento oficial do Estado destinado a tal finalidade (ficha de classificação de risco nº 01), encaminhamento daquelas incluídas no grupo de alto risco ao pré-natal de referência, qualificado pelo uso de parâmetros assistenciais específicos, a ser implantado nas sedes dos TD - Territórios de Desenvolvimento.

Trata-se de documento que tem como finalidade precípua contribuir para atenuar a influência de enfermidades pré-existentes à gravidez, dela decorrentes ou surgidas em concomitância com a mesma, na determinação da mortalidade materna, cujos indicadores atuais encontram-se acima da média nacional.

Morte Materna é conceituada como a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (OMS 1998).

Devido à associação existente entre a morbimortalidade materna com a mortalidade infantil, sobretudo no componente neonatal, espera-se, também, diminuição dos óbitos na infância.

.Mortalidade na Infância é o número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Ensejamos que o emprego sistemático do instrumento “LINHAS GERAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL” seja aplicado de forma competente por todos os pré-natalistas comprometidos com a excelência do seu trabalho e possa, enfim, estar contribuindo para o objetivo maior a ser alcançado que é a redução do número de óbitos maternos e perinatais em nosso Piauí.

Dr.Joaquim Vaz Parente

Ms.Maria Auzeni de Moura Fé

LINHAS GERAIS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL

1. O papel do pré-natalista

Para obtenção da qualidade assistencial pretendida no pré-natal, capaz de reduzir a morbidade e a mortalidade materna, fetal e infantil, além do necessário compromisso, o pré-natalista no contexto da equipe multiprofissional, deve desempenhar três importantes e definitivos papéis, quais sejam: clínico geral, obstetra e pediatra.

- Enquanto clínico geral: identificar, precocemente, enfermidades pré-existentes à gravidez, surgidas em concomitância com a mesma ou dela decorrentes, realizar o tratamento correto visando obter a cura ou, quando não possível, impedir-lhe a progressão qualquer que seja a sua etiologia.
- Enquanto Obstetra: acompanhar todo o processo fisiológico materno que envolve as modificações orgânicas próprias da gestação, detectar precocemente as enfermidades surgidas em concomitâncias com a gravidez ou dela decorrentes, realizar o tratamento correto visando obter a cura ou, quando não possível, impedir-lhe a progressão qualquer que seja a sua etiologia.
- Enquanto pediatra: o pré-natalista deve desempenhar, também, o relevante papel como o primeiro pediatra do concepto durante todo o período anterior ao nascimento. Desta forma, é função do pré-natalista identificar adversidades capazes de afetar a criança em qualquer fase da vida intra-uterina.

2. A importância do início precoce da assistência pré-natal.

Quanto mais precoce for iniciado a assistência pré-natal mais rápido serão identificados agravos diversos, sejam eles de natureza orgânica, psíquica ou social.

3. Doenças não transmissíveis que impactam, negativamente, o organismo materno:

- As que comprometem a função respiratória: enfisema, atelectasia;
- As de causas endócrinas: diabete, doenças da tireóide;
- Os estados hipertensivos diversos: hipertensão pré-existente à gestação, pré-eclâmpsia;

- Outros agravos ou enfermidades não transmissíveis: excesso ou déficit de peso relativo à estatura, lúpus, esteatose hepática.
- 4. Doenças não transmissíveis que impactam negativamente o organismo do concepto:**
- Todas as acima mencionadas.
- 5. O parto prematuro de qualquer etiologia.**
- 6. A importância da janela aberta pelo diagnóstico pré-gestacional e ou no primeiro trimestre de gravidez de enfermidades ou agravos diversos:**
- 6.1. Para o organismo materno**
- Realização de medidas destinadas a obtenção da cura ou controle da progressão de doenças objetivando a diminuição de sequelas ou, mesmo, do número de óbitos maternos.
- 6.2. Para o organismo do concepto**
- Prevenção dos desvios de crescimento fetal: macrossomia ou restrição do crescimento intrauterino;
 - Prevenção da prematuridade;
 - Prevenção de agravos diversos na infância: dificuldade no aprendizado, desvios no crescimento e ganho ponderal, diabete; e na adolescência/juventude acrescentam-se os estados hipertensivos;
 - Redução do óbito perinatal.
- 6.3. Aspectos financeiros e sociais**
- Redução significativa dos custos assistenciais para preservação dos organismos materno, fetal e neonatal.
 - Manutenção da integridade do núcleo familiar e preservação da força de trabalho voltada para o sustento dos filhos.

7. Cronologia para implantação do fluxo de assistência a mulher grávida-FAMG, nos diferentes TDs, a partir do segundo semestre de 2019.

7.1. Imediatas – Características dos Territórios de Desenvolvimentos (TDs)

- Adesão ao Programa Rede Cegonha;
- Existência de Maternidade de Referência ou perspectivas neste sentido - vinculação;
- Existência de espaço físico, recursos humanos e condições de realização de exames complementares necessários ao atendimento destinado à gestante de alto risco.

7.2. Mediata – Na dependência do preenchimento de critérios mínimos necessários.

8. FAMG no pré-natal

8.1. Roteiro de consultas

- **1ª Consulta:** classificação de risco gestacional pelo uso do Instrumento Oficial (ficha 01)

Possibilidades:

a) Alto Risco - encaminhamento ao pré-natal de referência para avaliação obstétrica

- Se confirmado, a paciente passará a ter a modalidade de assistência especial obrigatória, por equipe multiprofissional no pré-natal de referência, em acréscimo à que terá no local de residência na Atenção Básica, que também será obrigatória e de forma a interagir com aquela prestada no pré-natal de alto risco. O intervalo inter-consultas depende de cada caso, geralmente semanal ou quinzenal.
- Se o alto risco não for confirmado a gestante será contra-referenciada para o pré-natal de médio ou baixo risco.

b) Pré-Natal de médio Risco:

- Se confirmado, atendimento pré-natal por médico/ enfermeiro;
- Cuidados especiais recomendados;
- Intervalo inter-consultas: mensal até o 6º mês, quinzenal no 7º e 8º meses e semanal no 9º mês, ou a intervalo menor, se necessário;

- Manter assistência obrigatória na Atenção Básica, se o atendimento ocorrer fora desta.

c) Risco habitual:

- Assistência na Atenção Básica por médico/enfermeiro obedecendo aos critérios normativos do Ministério da Saúde.

C.(1) - Suplementação de ferro:

- Se hemoglobina = ou > 11mg/dl (ausência de anemia): administração de 40mg de ferro elementar por dia a partir da 20ª semana;
- Se hemoglobina de 8 a 11mg/dl (anemia leve a moderada): administração de 120 a 240mg de ferro elementar por dia. Controle hematológico com 60 dias para adoção de conduta baseada nos resultados, de acordo com os mesmos princípios;
- Se hemoglobina < 8mg/dl (anemia grave): referenciar a gestante para o pré-natal de alto risco.

C.(2) - Suplementação de ácido fólico:

- Iniciar na primeira consulta pela administração de 0,4mg (400ug) por dia, até o término da gestação.

Obs.: considera-se condição ideal a administração do ácido fólico 0,4mg por dia precedendo de 02 a 03 meses o início da gestação.

Considerações necessárias:

- a) O instrumento de classificação de risco deverá ser preenchido em duas vias, na primeira consulta, ficando uma com a paciente e outra no prontuário/Serviço de Saúde;
- b) A cada consulta a gestante deverá ser reclassificada quanto ao risco. Assim, uma gestante de baixo risco poderá ser reclassificada como de alto risco, quando desenvolver agravo(s) capaz (es) de preencher os requisitos deste, a exemplo da pré-eclampsia; e vice-versa, quando a gestante portando doença que foi submetida a tratamento exitoso, a exemplo de ameaça de abortamento com involução completa dos sinais e sintomas.

- c) Os critérios clínicos, laboratoriais e de conduta obedecerão aos preceitos normativos do Manual do Ministério da Saúde e Manual de Condutas Obstétricas oficializadas para o Estado.
- d) Até que haja implantação do pré-natal de referencia para o alto risco em todos os Territórios de Desenvolvimento, as gestantes classificadas no grupo de alto risco deverão ser encaminhadas ao serviço mais próximo de sua residência.

8.2. Fatores de risco para pré-eclâmpsia

- A ficha 01, de classificação de risco na Atenção Básica apresenta, também, relação dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, sendo suficiente a presença de apenas um deles para justificar a necessidade da profilaxia medicamentosa.

8.2.1. Profilaxia medicamentosa da pré-eclâmpsia

- Uso de **ASPIRINA** – administração de 100mg por dia, iniciando entre a 12^a e 16^a semanas de gestação até a 37^a semana, quando a paciente deverá ser reavaliada quanto à possível via de parto;
- O uso do **CÁLCIO** deverá ser adicionado a partir da 20^a semana de gestação, na dose de 1,5g/dia;
- Cada gestante com fator (es) de risco para pré-eclâmpsia deverá obedecer ao mesmo calendário de consultas daquelas agrupadas no médio risco.
- **OBS: É IMPOSITIVO QUE CADA MUNICÍPIO DISPONIBILIZE ASPIRINA - 100MG E CÁLCIO – 500MG NAS UBS, PARA ATENDIMENTOS ÀS PACIENTES QUE APRESENTAREM RISCO PARA O DESENCADEAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPSIA.**

9. Critérios mínimos para funcionamento de pré-natal de alto risco

9.1. Estrutura:

- Área Física: correspondente à de consultório padrão;
- Mobiliário: apropriado a anamnese e exame físico.

9.2. Recursos humanos:

- Médicos, Enfermeiros, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social e Fisioterapeuta.

9.3. Equipamentos:

- Sonar;
 - Cardiotocógrafo;
 - Ultrassom;
 - Eletrocardiógrafo.
- Alternativa: convênio com outros serviços.

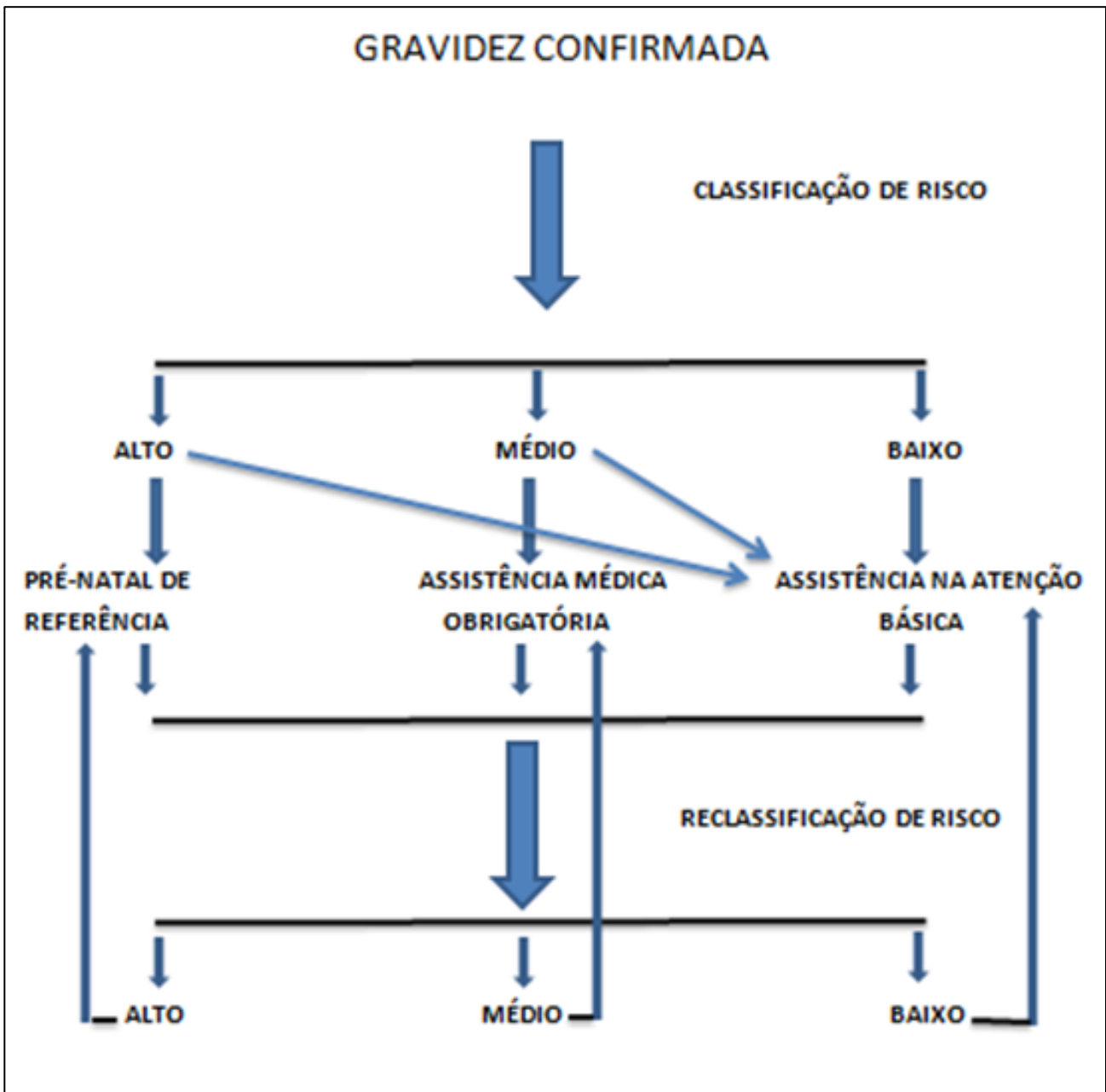
9.4. Laboratório

- Faz-se necessário que o laboratório apresente capacidade de realização dos exames de rotina pré-natal, acrescidos daqueles destinados a avaliação das funções hepáticas, renais e tireoidianas.
- Alternativa: convênio com outros serviços.

10. Monitoramento das ações da assistência à gestante de acordo com o documento “LINHAS GERAIS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL”.

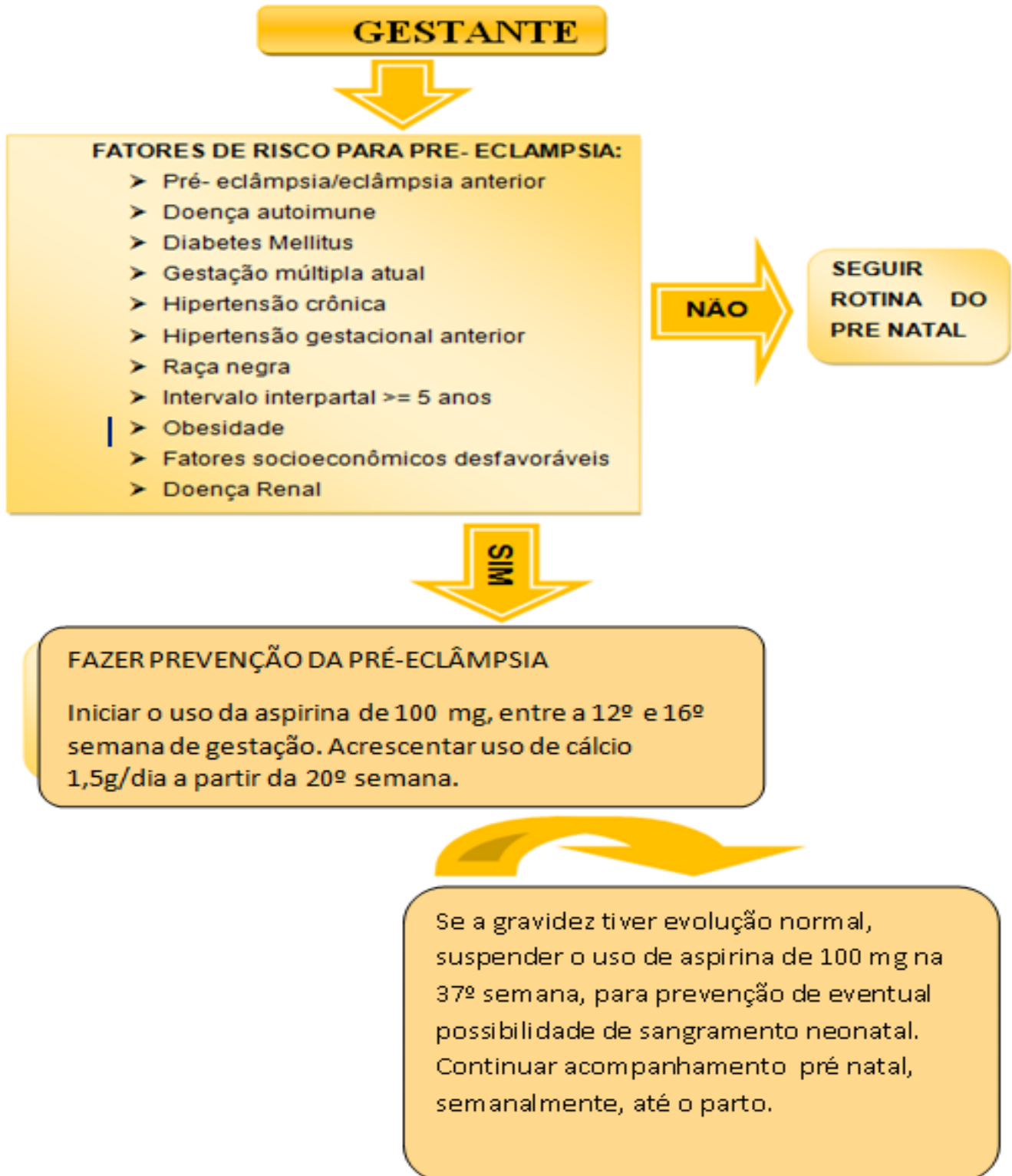
O monitoramento será realizado mensalmente no nível municipal e regional e bimestralmente no nível estadual, por comissões municipal, regional e estadual a ser formalizada pelos respectivos gestores.

11. Fluxo da assistência à gestante no pré-natal



Obs.: Independente do risco gestacional a paciente terá assistência obrigatória na Atenção Básica.

12. Fluxograma da gestante no processo de identificação de risco para pré-eclâmpsia



13. Bibliografia consultada:

Área Leão, A. M. P. B.; Moura Fé, A.; Brito V. P.; Santos, A. S.: Assistência pré-natal. In Parente, J. V.; Valadares Neto, J.D.; Nascimento, A. S.; Brito, V. P.: Manual de Condutas Obstétricas da Maternidade Dona Evangelina Rosa, pagina 16 a 24, 1ª edição, Editora EDUFPI, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

----- . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose Gestacional e Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

----- . Ministério da Saúde, EVIPNet, “Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Estratégias para Redução da Mortalidade Materna no Estado do Piauí”.
Elaboração: Medeiros L.C.M.; Chapman, E.; Duarte, L.; Moura Fé, L.A.M.;
Colaboradores: Abdala, C.V.M.; Santana, L.C.L.R.; Silva, Z.M.; Eulálio, K.D.; Moura Fé, M.A.; Rocha, K.K.A .; Sousa, L.S.; Parente, J.P.; Brasília-DF: Ministério da Saúde 2019. No Prelo.

Dias, Marcos: Principais questões sobre profilaxia da pré – eclâmpsia, 17 de dezembro de 2018. Disponível em <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-profilaxia-da-pre-eclampsia-no-pre-natal/>. acesso em 22 de maio de 2019.

Ferreira, S.S.; Martins, A.C.P; Magalhães, A.C; Martins, H.: Ácido acetilsalicílico na prevenção da pré-eclâmpsia: uma revisão baseada na evidência. Rev. Port Med Geral Fam 2017.33:118-32.

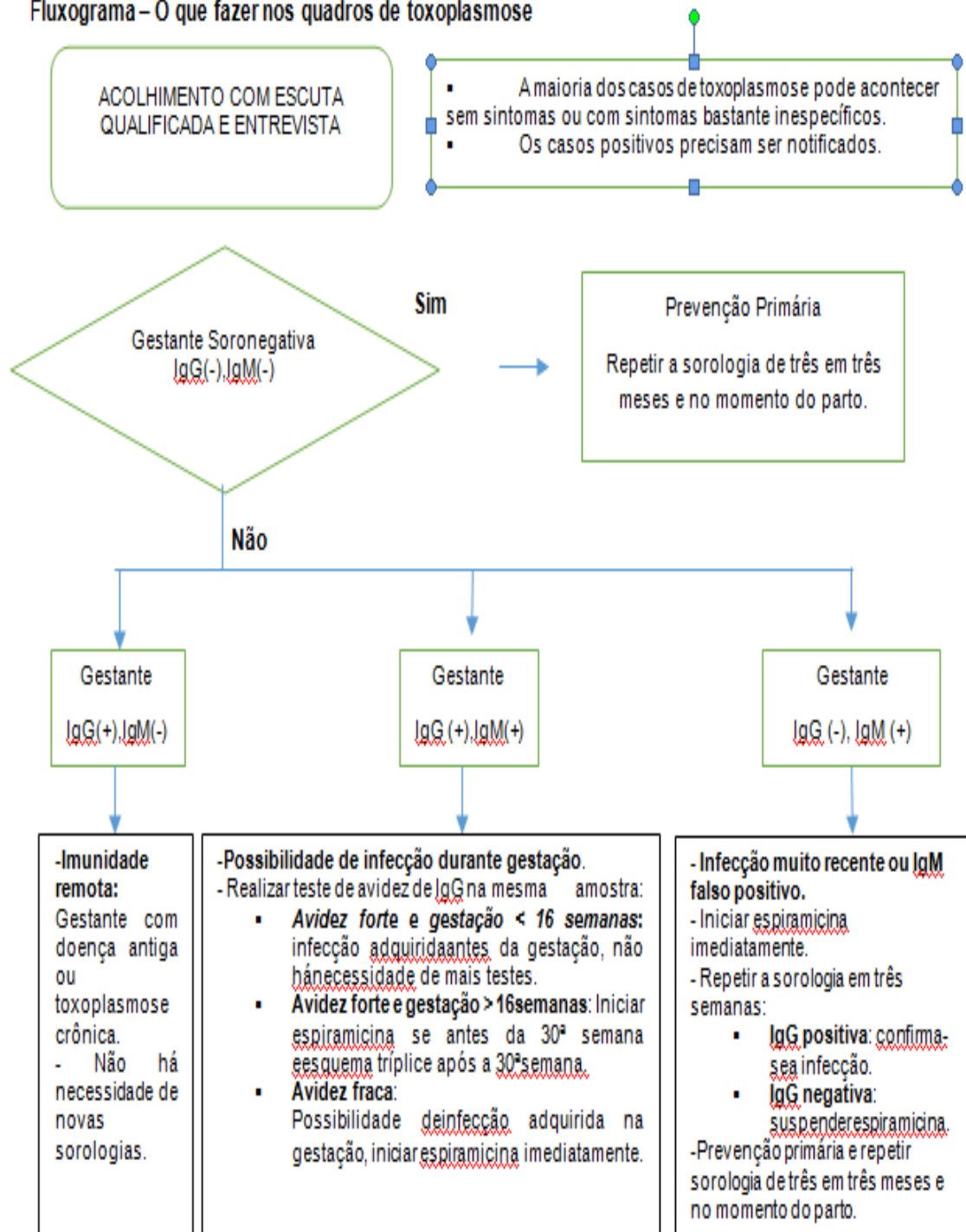
Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Catalogação na fonte: Biblioteca OMS; ISBN: 978 92 4 854833 8, 2014.

Poon LC, McIntyre HD, Hyett JA, da Fonseca EB, Hod M; FIGO Pregnancy and NCD Committee: The first-trimester of pregnancy - A window of opportunity for prediction and prevention of pregnancy complications and future life.. In Diabetes Research and Clinical Practice – Accepted Manuscript. Received Date: 19 April 2018, Accepted Date: 4 de May 2018.

Valadares Neto, J.D.; Santos Júnior, J.A.; Arêa Leão, A.M.P.; Parente, J.V.: Hipertensão Arterial na Gestação. In Parente, J. V.; Valadares Neto, J.D.; Nascimento, A. S.; Brito, V. P.: Manual de Condutas Obstétricas da Maternidade Dona Evangelina Rosa, pagina 117a 122, 1ª edição, Editora EDUFPI, 2013.

14. Anexo 1- Fluxograma recomendado pelo Ministério da Saúde relativo à identificação e condução de casos de toxoplasmose na gestação.

Fluxograma – O que fazer nos quadros de toxoplasmose



Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina (500mg) continuamente.

Se a infecção ocorrer após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina (25 mg), sulfadiazina (500mg), e ácido folínico (10 mg) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.

Em gestantes com infecção aguda, deve-se realizar USG mensal para avaliar alterações morfológicas fetais e, caso haja alterações, encaminhar para o serviço especializado.

Se há suspeita de infecção aguda materna, deve-se encaminhar a gestante para centro especializado em medicina fetal para realização de amniocentese, visando avaliar a presença de infecção fetal por análise do líquido amniótico por meio de PCR.

Se idade gestacional (IG) > 30 semanas, não é necessário avaliar o líquido amniótico. Inicia-se esquema tríplice pela alta probabilidade de infecção fetal.

A terapêutica envolve droga de ação parasitostática (Espiramicina) que atua sobre a infecção placentária e uma associação de parasiticidas (Sulfadiazina e Pirimetamina com Acido Folinico) que eliminam os agentes que atravessaram a barreira placentária e que atingiram o líquido amniótico e/ou o feto.

Em regiões onde não há possibilidade de realização de diagnóstico de infecção fetal por meio do PCR: iniciar com Espiramicina (500mg) de forma contínua até a 16ª semana de IG: (3g/dia ou 6cp de 500mg ou 2cp via oral de 8/8h). Entre 17ª e 33ª semanas de gestação, substituir Espiramicina por esquema tríplice ou SPAF=Sulfadiazina (500mg); 4g/dia ou 8cp de 500mg ou 2cp via oral de 6/6h. Pirimetamina (25mg): 1 dose de ataque nos dois primeiros dias =100mg/dia ou 2cp via oral de 12/12h, seguido de dose de manutenção=50mg/dia ou 2cp via oral de 24/24h e Ácido Folinico (15mg): 15mg/dia ou 1cp via oral.

A partir da 34ª semana de IG, novamente substituir o esquema tríplice por Espiramicina até o final da gestação.

Em regiões onde há possibilidade de realização de diagnóstico de infecção fetal, por meio do PCR obtido preferencialmente entre 17 a 21 semanas de IG, pode-se optar pelo seguinte esquema terapêutico até o resultado do exame em tempo real: Iniciar com Espiramicina até 16ª semana de IG. Após a 18ª semana de IG, iniciar com esquema tríplice: Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folinico.

Se PCR (+) continuar com esquema tríplice (SPAF) até o final da gestação.

Se PCR (-) continuar com Espiramicina até o final da gestação.

15. Anexo 2- Instrumento de monitoramento

MONITORAMENTO MENSAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Identificação da UBS: _____

Município: _____ Bairro: _____ Fone _____

Território de Desenvolvimento: _____ E-mail _____

DADOS DE ASSISTÊNCIA:

MÊS: _____ ANO: _____ Nº de primeira consulta de pré-natal: _____

Número de gestantes classificadas quanto ao Risco na primeira consulta: (_____)

Risco Habitual (_____) Médio Risco (_____) Alto Risco (_____)

Número de Consulta de retorno – Total: (_____)

Números de gestantes reclassificadas quanto ao risco na consulta de retorno: (_____)

Risco Habitual (_____) Médio Risco (_____) Alto Risco (_____)

Nº de consultas pré-natal realizadas: (_____) Nº de gestantes referenciadas para o Pré-Natal de alto risco: (_____)

Nº de gestantes identificadas com fator de risco para pré-eclâmpsia entre a 12ª e 16 semanas: (_____)

Nº de gestantes que iniciaram profilaxia para pré-eclâmpsia: (_____)

MONITORAMENTO MENSAL NO PRÉ-NATAL DE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO: HOSPITAL/MATERNIDADE

Identificação do Hospital/Maternidade _____

Município: _____ Bairro: _____ Fone- _____

Território de Desenvolvimento: _____ E-mail _____:

Esfera Administrativa: Privado () Filantrópico () Público: Estadual () Municipal ()

E-mail: _____ Telefone: _____

DADOS DE ASSISTÊNCIA:

MÊS: _____ ANO: _____ Nº de primeira consulta de pré-natal de alto risco: _____

Números de gestantes reclassificadas quanto ao risco na 1ª consulta referenciada: (_____)

Risco Habitual (_____) Médio Risco (_____) Alto Risco (_____)

Número de consulta de retorno de gestantes de alto risco: (_____)

MONITORAMENTO MENSAL DOS CASOS GRAVES ENCAMINHADOS PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL/MATERNIDADE

Dados de Encaminhamento:

Identificação da Instituição de Encaminhamento: _____

Município: _____ Bairro: _____

Território de Desenvolvimento: _____ Fone: _____

Hipótese Diagnóstica / Justificativa do encaminhamento:

Hipertensão () Hemorragias () Infecções () Situação de aborto () Diabetes () Doença hepática () Outra ()

Dados da Contra Referência:

Identificação da Instituição da Contra Referência: _____

Município: _____ Bairro: _____

Território de Desenvolvimento: _____ Fone: _____

E-mail _____

Evolução do Caso:

Recomendação/prescrição sim () não ()

Recuperação plena: sim () não () Recuperação com sequelas: sim () não () Óbito: sim () não ()

16. Fichas oficiais:

- Classificação de Risco na Atenção Básica – nº 01
- Acolhimento e Classificação de Risco nas Maternidades - nº 02,
- Referência e Contra Referência - nº 03



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA / FÓRUM ESTADUAL DO PIAUÍ



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE – ATENÇÃO BÁSICA

FICHA

01

I – ORIGEM DA PACIENTE:

UNIDADE DE SAÚDE: _____

MUNICÍPIO: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

II – IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

CARTÃO DO SUS: _____ Nº DA ESF: _____

COR: BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA ()

ESTADO CIVIL: CASADA () UNIÃO ESTÁVEL () SOLTEIRA () DIVORCIADA () OUTRO ()

ENDEREÇO: _____

FONE: () _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____

III – ASSINALE COM CÍRCULO O NÚMERO CORRESPONDENTE A RESPOSTA:

1. IDADE:	PONTUAÇÃO
< 15 anos	2
de 15 a 19 anos	1
de 20 a 34 anos	0
≥ 35 anos	1

2. RENDA FAMILIAR <i>per capita</i> :	PONTUAÇÃO
Até ½ salário	1
≥ ½ salário	0

3. Aceitação da GRAVIDEZ	PONTUAÇÃO
Aceita	0
Não Aceita	1

4. ESCOLARIDADE - alfabetizada	PONTUAÇÃO
Sim	0
Não	1

5. HÁBITOS	PONTUAÇÃO
Tabagista	2
Etilismo	5
Drogas (cocaína, crack, outras)	10

6. FATOR RH	PONTUAÇÃO
Negativo	4
Positivo	0

7. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	PONTUAÇÃO
Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m ²) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia	2
Peso adequado (IMC 18,5 – 24,9 kg/m ²)	0
Sobrepeso (IMC 25 – 29,9 kg/m ²)	2
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²)	5

8. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	PONTUAÇÃO
Abortos espontâneos < 3	5
Abortos espontâneos 3 ou mais	10
1 Natimorto/prematuro/óbito perinatal	5
Mais de 1 filho prematuro / natimorto	10
Cesárea 3 ou mais	5
Pré-eclâmpsia leve	5
Pré-eclâmpsia grave	10
Eclâmpsia	10
Placenta prévia	5
Deslocamento Prematuro da Placenta	5
Incompetência Istmo Cervical	10
Restrição de Crescimento Intrauterino	5
Malformação fetal	5
Último parto < 12 meses	2
Intervalo Interpartal ≥ 5 anos	5
Trombose Venosa Profunda/Embolia	10
Esterilidade/Infertilidade	5

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	TOTAL DE PONTOS
Vermelho ■ Alto Risco	≥ 10
Amarelo ■ Médio Risco	De 5 a 9
Verde ■ Baixo Risco	≤ 4
TOTAL	

FATORES DE RISCO PARA PRE-ECLÂMPSIA	SIM	NÃO
Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia anterior		
Doença autoimune		
Diabetes mellitus		
Gestação múltipla atual		
Hipertensão crônica		
Hipertensão gestacional anterior		
Raça negra		
Intervalo Interpartal ≥ 5anos		
Obesidade		
Fatores socioeconômicos desfavoráveis		
Doença Renal		

 Profissional Responsável
 (assinatura e carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA / FÓRUM ESTADUAL DO PIAUÍ



9. PATOLOGIAS NA GESTAÇÃO ATUAL

I. OBSTÉTRICAS E GINECOLÓGICAS	PONTUAÇÃO
Doença Hipertensiva da Gestação	10
Diabetes Gestacional	10
Câncer Materno	10
Citologia Cervical Anormal (NIC II-III)	10
Presença de nódulos à palpação mamária	10
Placenta prévia	10
Isoimunização	10
Malformações Fetais/ Arritmia fetal	10
Restrição de Crescimento Intrauterino	10
Poliídramnio/Oligoídamnio	10
Gravidez múltipla	10
Incompetência Istmo Cervical	10
Ameaça de Aborto	5
Anomalia do trato Geniturinário	5

II. MÉDICAS E CIRÚRGICAS	PONTUAÇÃO
Hipertensão Arterial Crônica	10
Diabetes Mellitus/Endocrinopatias	10
Cardiopatias	10
Pneumonia Grave	10
Doenças Autoimunes (Coladenose, lúpus)	10
Doença Renal Grave	10
Epilepsia/Doença Neurológica	10
Doenças Hematológicas	10
Infecção Urinária de Repetição	10
Infecções Graves	10
AIDS/HIV	10
Hepatite B	10
Tuberculose/Hanseníase	10
Toxoplasmose	10
Alterações Genéticas Maternas	10
Doenças Psiquiátricas	5

FATORES SÓCIOS ECONÔMICOS não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco. Atendimento diferenciado na Atenção Básica.

ALTO RISCO: Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco, Classificação somando 10 ou mais pontos.

MÉDIO RISCO: Somatório de 5 a 9 pontos, receber atendimento com calendário de consulta diferenciado na Atenção Básica.

BAIXO RISCO: Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento com calendário de consulta preconizado na Atenção Básica.

O atendimento na Atenção Básica deve ser intercalado por consulta médica e consulta de enfermagem.

A presença de um único fator de risco para pré - eclâmpsia, justifica o uso da aspirina, exceto o fator socioeconômico desfavorável isoladamente.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ



Ficha **03**

FICHA DE REFERÊNCIA DA MULHER

DE: _____ MUNICÍPIO: _____
 PARA: _____ MUNICÍPIO: _____
 NOME: _____ D. Nasc: ___/___/____ Idade: _____.
 ENDEREÇO: _____
 TELEFONE E CONTATO: _____
 DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: _____ COR: BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA ()
 SINAIS E SINTOMAS: _____

 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

 CONDUTA ADOTADA: _____
 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

 DATA: ___/___/___ HORA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
(assinatura e carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ



FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA DA MULHER

DE: _____ MUNICÍPIO: _____
 PARA: _____ MUNICÍPIO: _____
 NOME: _____ D. Nasc: ___/___/____ Idade: _____.
 ENDEREÇO: _____
 TELEFONE E CONTATO: _____
 DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: _____ COR: BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA ()
 DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO: _____

 CONDUTA ADOTADA: _____

 RECOMENDAÇÕES: _____

 DATA: ___/___/___ HORA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
(assinatura e carimbo)

2019

17. Esquema vacinal da gestante - calendário de vacinação

VACINAS	ESQUEMAS E RECOMENDAÇÕES	OBSERVAÇÕES	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS		
			GRATUITAS NAS UBS*	CLÍNICAS PRIVADAS DE VACINAÇÃO	
VACINAS RECOMENDADAS					
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP – IM(0,5ML)	Histórico vacinal	Conduta na gestação			
	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.			
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.			
Dupla adulto (difteria e tétano) – Dt-IM(0,5ML)	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.	<ul style="list-style-type: none"> A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível. Na falta de dTpa, pode ser substituída por dTpa-VIP, ficando a critério médico o uso <i>off label</i> em gestantes. 	SIM, dT e dTpa	SIM, dTpa e dTpa-VIP
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.			
Hepatite B – IM(<20 anos 0,5ML e > 20 anos 1 ml)	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.	A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.	SIM	SIM	
Influenza (gripe)-IM OU SC 0,5 ML	Dose única anual.	A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V	

VACINAS RECOMENDADAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS				
Hepatite A- IM 0,5 ML	Duas doses, no esquema 0 - 6 meses.	É vacina inativada, portanto sem contraindicação. Já que no Brasil as situações de risco de exposição ao VHA são frequentes, a vacinação deve ser considerada.	NÃO	SIM
Hepatite A e B	Para menores de 16 anos: duas doses, aos 0 - 6 meses. A partir de 16 anos: três doses, aos 0 - 1 - 6 meses.	A vacina combinada é uma opção e pode substituir a vacinação isolada das hepatites A e B.	NÃO	SIM
Pneumocólicas- IM 0,5ML	Esquema sequencial de VPC13 e VPP23 pode ser feito em gestantes de risco para doença pneumocócica invasiva (DPI) (consulte os <i>Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais</i>).	<ul style="list-style-type: none"> VPC13 e VPP23 são vacinas inativadas, portanto sem riscos teóricos para a gestante e o feto. 	NÃO	SIM
Meningocócica conjugada ACWY- IM 0,5ML	Uma dose. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica (consulte os <i>Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais</i>).	<ul style="list-style-type: none"> As vacinas meningocócicas conjugadas são inativadas, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada. 	NÃO	SIM
Meningocócica B- IM 0,5ML	Duas doses com intervalo de um a dois meses. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica (consulte os <i>Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais</i>).	A vacina meningocócica B é inativada, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto.	NÃO	SIM
Febre amarela- SC 0.5ML	Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez. Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. De acordo com o risco epidemiológico, uma segunda dose pode ser considerada pela possibilidade de falha vacinal.	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que viajam para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) devem ser isentadas da vacinação pelo médico assistente, se não houver risco de contrair a infecção. É contraindicada em nutrízes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias. 	SIM	SIM
Anti-Rábica- IM 0,5 ML	Verificar esquema de vacina anti-rábica padronizado e vacinar conforme o tipo de exposição e condições do animal agressor.	Não contra indica na gravidez, em lactação e ou outros tratamentos, devido à gravidade da doença, que apresenta letalidade de aproximadamente 100%. As exposições (mordeduras, arranhaduras, lambeduras e contatos indiretos) devem ser avaliadas de acordo com as características do ferimento e do animal envolvido para fins de conduta de esquema profilático.	SIM	NÃO

VACINAS CONTRAINDICADAS

VACINAS CONTRAINDICADAS				
Tríplice viral (sarampo, caxumba rubéola)- SC 0.5ML	Não vacinar na gestação.	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação. 	SIM, para puérperas de até 49 anos	SIM, para puérperas
HPV-IM 0.5ML	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério.	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação. 	NÃO	SIM, para puérperas
Varicela (catapora)- SC 0.5 ML	Não vacinar na gestação.	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação. 	NÃO	SIM, para puérperas