



A N E X O S

AO

PROTOCOLO PARA A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO (PNBR) NA ATENÇÃO BÁSICA

ANEXO 01: EXAMES DO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

ANEXO 02: EXAMES DE IMAGEM SOLICITADOS NO PRIMEIRO
TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

ANEXO 03: RECEITA PADRÃO PARA TODAS AS GESTANTES.

ANEXO 04: RECEITA PADRÃO ÀS GESTANTES/ Se necessário.

ANEXO 05: ADESÃO AO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO.

ANEXO 06: EXAMES DO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

ANEXO 07: EXAMES DO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

ANEXO 08: EXAME DO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

ANEXO 09: EXAME DO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

ANEXO 10: CONSULTA DE PUERPÉRIO.

ANEXO 11: FICHA OBSTÉTRICA.

ANEXO 12: GRUPO DE GESTANTE NA UNIDADE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

S A D T - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nome: _____

DN: ____/____/____ SUS: _____

Hipótese Diagnóstica: Gestante

Justificativa Clínica: Pré-Natal (1º trimestre)

EXAMES SOLICITADOS:

1. Hemograma completo.
2. ABO e RH.
3. Glicemia de jejum.
4. VDRL.
5. HIV.
6. HBsAg e Anti-HBs.
7. Anti-HCV.
8. TSH e T4.
9. Toxoplasmose IgG e IgM.
10. Rubéola IgG e IgM.
11. BHCG Quantitativo.
12. Urina 1/ Urocultura/ Antibiograma.
13. PPF.

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SADT - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nome: _____

DN: ___/___/___ IDADE: _____ anos - SUS: _____

Endereço: _____

Contato: Tel: () _____ Cell: () _____

Hipótese Diagnóstica: Gestante

Justificativa Clínica: Pré-Natal

DUM: _____ IG: _____ DPP: _____

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIAS SOLICITADOS:

1. () USG OBSTÉTRICA ou TN.

2. () USG MORFOLÓGICA.

3. () USG com DOPPLER.

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

R E C E I T U Á R I O

Nome: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: Gestante

Justificativa Clínica: Pré-Natal

USO DE MEDICAMENTO VIA ORAL (VO): *RECEITA PADRÃO*

1. Ácido Fólico – comprimido de 5mg.

Tomar 01 comp. VO ao dia, após o almoço, por 90 dias.

2. Carbonato de Cálcio – comprimido de 1.250 mg.

Tomar 01 comp. VO de 12/12h - após o desjejum e após o jantar (a partir da IG-12^a semana até o parto).

3. Sulfato Ferroso – comprimido de 40 mg.

Tomar 01 comp. VO na hora do almoço (a partir da IG-20^a semana até 3 meses pós-parto).

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

R E C E I T U Á R I O

Nome: _____

DN: ____/____/_____

Hipótese Diagnóstica: Gestante

Justificativa Clínica: Pré-Natal

USO DE MEDICAMENTO VIA ORAL (VO): *SE NECESSÁRIO*

1. Plasil - comprimido de 10 mg.
Tomar 1 comp. VO de 8/8h. Se náusea ou vômito.
2. Buscopan simples - comprimido de 10 mg.
Tomar 1 comp. VO de 6/6h. Se cólica.
3. Paracetamol - solução em frasco 200mg/ml ou comp. de 500 mg
Tomar 35 gotas diluídas em água/ ou 1 comp. VO 6/6 horas. Se dor ou febre.
4. Cimetidina - comprimido de 200 mg ou solução em frasco
Tomar 1 comp./ ou 13 gotas diluídas em água - VO 2x/dia.
Após as refeições, se desconforto abdominal por excesso de gases.
5. Hidróxido de Alumínio – suspensão em frasco – 1 medida/10 ml - VO 2x/dia.
Tomar uma hora após cada refeição, se dor epigástrica ou pirose.

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

S A D T - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nome: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: Gestação da Companheira
Justificativa Clínica: Pré-Natal do Parceiro (1º trimestre)

EXAMES SOLICITADOS:

1. Hemograma completo.
2. ABO e RH.
3. Glicemia de jejum.
4. VDRL.
5. HIV.
6. HBsAg e Anti-HBsAg.

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SADT - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nome: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: Gestante
Justificativa Clínica: Pré-Natal (2º trimestre)

EXAMES SOLICITADOS:

1. Hemograma.
2. Glicemia de jejum, ou
3. Teste Tolerância a Glicose 75 mg (Tempo: 0, 60', 120' min).
4. VDRL.
5. Urina I + Urocultura com Antibiograma.

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SADT - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nome: _____

DN: ____/____/____ SUS: _____

Hipótese Diagnóstica: Gestante

Justificativa Clínica: Pré-Natal (3º trimestre)

EXAMES SOLICITADOS:

1. Hemograma completo – ABO
2. Glicemia de Jejum.
3. VDRL.
4. HIV.
5. Toxoplasmose: se negativo no exame anterior.
6. Urina I + Urocultura com Antibiograma.

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SADT - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Nome: _____

DN: ____/____/____ SUS: _____

Hipótese Diagnóstica: Gestante
Justificativa Clínica: Pré-Natal (3º trimestre)

EXAME SOLICITADO:

1. Pesquisa EGB de secreção vaginal e anal (IG: 35 a 37 semanas).

Assinatura/ Data e Carimbo do Profissional



1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PRÉ-NATAL

UNIDADE DE SAÚDE: _____ Data: ____/____/____

CONSULTA ENFERMAGEM DE PRÉ-NATAL SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ DN: _____ Idade: ____ anos
CNS: _____ Prontuário: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Contato (F/Cell): _____ Profissão/Ocupação: _____
Estado Civil: _____ Cor: (autodeclaração): _____

2. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Menarca: _____ anos. Primeira relação sexual: _____ anos.
Parceiro sexual: fixo sem parceiro ____ no último ano. MAC: _____
Último Papanicolau: ano _____ Obs: _____

3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G: ____ P: ____ A: ____ . Tipos de Partos: Normal: __ Cesárea: __ Outros: _____
Abortos: ____ Não. Idade dos filhos: _____
- RECÉM-NASCIDOS:
Peso: <2.500g: ____ ≥4.000g: ____ . Amamentou: até ____ meses Não, motivo: _____
- GESTAÇÃO ATUAL:
DUM: ____ / ____ / ____ DPP: ____ / ____ / ____ IG: ____ semanas. Gravidez planejada
 Não. Gravidez : desejada G. indesejada. Está contente com a gravidez? Sim Não.
Obs _____

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

DM HAS Outros: _____

5. ANTECEDENTES PESSOAIS:

Infecção urinária Cardiopatia Diabetes Hipertensão Cirurgia prévia DST
 Câncer Transtorno Mental. Qual? _____ Outros: _____
Uso de Medicação: Qual? _____
Suporte social: sim não. Prática de Atividade física: sim não
Sono e Repouso: adequado inadequado média ____ h/noite. Outro: _____
RISCO para Vulnerabilidade:
 <15 anos > 35 anos. Abandono familiar/parceiro Múltiplos parceiros Patologia
mental Violência: Qual: _____
 Fatores de Risco: Situação de rua / Dependência: Álcool Tabaco Café Drogas
Outro _____

6. SITUAÇÃO VACINAL: Adequada Inadequada/incompleta.

Vacinas/ Doses	Dupla Adulto	Hepatite B	SCR	Febre Amarela	Influenza	Covid
D1						
D2						
D3						
Reforço						
Reforço						

7. EXAME FÍSICO E HISTÓRICO:

Peso: _____kg. Altura: _____m. IMC: _____ PA: _____X _____mmHg

Estado Nutricional: BaixoPeso Adequado Obesa Sobrepeso Obesidade Mórbida

Sinais e Sintomas: Náusea/vômito Enjoo Hiperemese Tontura Cefaleia Febre

Perda vaginal Dor Baixo-ventre Sangramento Leucorreia

Mucosas: Coradas Hidratadas Hipocoradas Desidratadas

Pele: Hidratada Desidratada Íntegra Manchas

Mamas: Simétricas Assimétricas/Mamilos Protusos Planos Semiplanos Invertido

Abdome: Plano Gravídico Globoso Avental Distendido

Ingesta Alimentar: preservada excessiva inadequada para gestante

Ingesta Hídrica: adequada inadequada para gestante desidratação: Grau: _____

Funções fisiológicas: Evacuação: normal diária cada ___ dias pastosa endurecida

Eliminação Urinária: ___vezes/dia amarelo-clara laranja dor sui generis odor forte

Varizes e Edema: MID MIE MMII Outro local: _____

Outro: _____

8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Ansiedade decorrente do atual estado de saúde (gestação).

Gravidez desejada. Gravidez indesejada.

Gestação: 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre / Dor em baixo ventre.

Glândula mamária íntegra. Glândula mamária alterada/aumentada.

Atividade física satisfatória. Hipoatividade física Sedentária.

Funções fisiológicas: Evacuação: normal constipação./Diurese normal alterada.

Sono e repouso adequados. Sono e repouso ineficientes.

Relacionamento e vínculo familiar presente. Relacionamento e vínculo familiar conflituoso.

Imagem corporal preservada. Imagem corporal alterada. Baixa autoestima.

- Peso corporal adequado. Peso corporal inadequado.
- Ingesta alimentar preservada. Ingesta alimentar inadequada para a gestante.
- Ingesta hídrica adequada. Ingesta hídrica reduzida. Desidratação
- Enjoo e/ou Náuseas presentes.
- Gestante de risco para Sífilis - Controle do regime terapêutico: adequado inadequado.
- Edema postural de MMII da gestante.
- Estado vacinal adequado. Estado vacinal incompleto.
- Dependência química: bebida alcoólica tabagismo drogas outros: _____
- _____
- _____

CONDUTAS:

9. EXAMES SOLICITADOS:

Conforme a rotina do pré-natal preconizada neste Protocolo.

10. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / INTERVENÇÕES:

- Acolher a gestante/família conforme suas necessidades e estabelecer relação de confiança.
- Avaliar a adaptação à gestação.
- Enfatizar a importância do pré-natal.
- Envolver e incentivar a participação da família no pré-natal e sua presença nas consultas.
- Realizar controles antropométricos em todas as consultas: Peso Altura PA IMC.
- Realizar controle de Glicemia capilar.
- Registrar todas as medidas mensuradas e informações identificadas.
- Avaliar história pregressa (nutricional, reprodutiva, outros).
- Pesquisar sobre doenças intercorrentes e indicadoras de risco na gestação.
- Avaliar condições vacinais e planejar as próximas doses.
- Realizar Testes rápidos para triagem de IST's: _____
- Fazer os pedidos de Exames Laboratoriais e Ultrassom.
- * Prescrever os medicamentos padronizados do Pré Natal (ITUPEVA, 2021).
- Identificar rede de apoio familiar e /ou comunitária.
- Investigar/orientar alimentação indicada para a gestante e aumentar ingestão hídrica.
- Orientar consumo de alimentos variados saudáveis e rico em fibras.
- Orientar dieta fracionada: com lanches nos intervalos das 3 principais refeições.
- Investigar uso de medicamentos/drogas e orientar consequências ao bebê.
- Orientar cuidados com as mamas.
- Orientar sobre necessidade de sono/repouso adequado neste período.

- Indicar repouso e elevação dos MMII por 15 min. 2-3x/dia para a prevenção de edema.
- Orientar sobre o conforto do repouso deitada do lado esquerdo.
- Estimular a participação em grupos educativos na unidade para gestantes e famílias.
- Orientar sobre atenção: FÁRMACOS NUTRICIONAL HIGIENE _____
- Esclarecer dúvidas, mitos, tabus.
- Orientar retorno à unidade em caso de intercorrências ou dúvidas, e/ou finais de semana procurar o Pronto Atendimento Municipal;

*OBS: Conforme o Protocolo de Pré Natal de Enfermagem de setembro de 2021 (ITUPEVA, 2021).

11. ENCAMINHAMENTOS E AGENDAMENTOS:

- Retorno em ___ dias. Agendar Coleta de Exames Laboratoriais: _____
- Agendar consulta com: Médico Obstetra: _____ Odontologia: _____
- Psicólogo: _____ Nutricionista: _____ US Obstétrico: _____
- Outro: _____ Vacina: _____

12. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Observações: _____

Data/ Carimbo/ Assinatura do Profissional



CONSULTA DO PUERPÉRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____ DATA: _____

NOME: _____ DN: _____ PRONT: _____

1. DADOS DO PARTO

Data do parto: ____/____/20____ Tipo de parto: Vaginal Cesárea.

Local do Parto: Domiciliar Hospitalar _____ Outro: _____

Tempo de Internação: ____ dias. Alta: _____ OBS: _____

Anestesia: Não Sim, _____ Intercorrências/Observações: _____

Número de consultas do Pré-natal: ____ consultas. Local: _____

2. DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento: Vivo Natimorto / Sexo: Feminino Masculino

Condição do RN: A termo Pré-termo Pós-termo Idade Gestacional: _____ semanas

Peso nascimento: ____ Kg/Comprimento: ____ cm/Apgar: 1º minuto: ____ 5º minuto: _____

Teve alta junto com a mãe? Sim Não, motivo: _____

Alimentação: Aleitamento materno exclusivo Misto Fórmula láctea:

Observações: _____

3. QUEIXAS: _____

4. EXAME FÍSICO:

PA: ____/____ mmHg / Peso: ____ Kg / Mamas: _____

Abdômen: _____

Cicatriz cirúrgica/ OGE: _____

Recebeu orientações sobre o Planejamento Familiar? Quais: _____

5. CONDUTA:

Anticoncepção: Qual? _____ Não, motivo _____

Encaminhamentos: _____

Medicação: _____

Orientações: _____

Data/ Carimbo/ Assinatura do Profissional



FICHA OBSTÉTRICA DO PRÉ NATAL / Paciente: _____ DN: ___/___/___

FICHA OBSTÉTRICA - PRÉ-NATAL

Nº	Data de Atendimento	IG	P	PA	AU	BCF	MOV. FETAL	EDEMA	OBSERVAÇÃO	EXAME
1										1ª CONSULTA Data ___/___/___
2										ABO-Rh _____ Rubéola IgM _____
3										VDRL _____ Rubéola IgG _____
4										Urina I _____ Anti-HCV _____
5										Glic Jejum _____ Toxo IgM _____
6										Hb-Ht _____ Toxico IgG _____
7										Anti-HIV _____ HBS-Ag _____
8										30ª SEMANA Data ___/___/___
9										VDRL _____
10										Urina _____
11										Glic Jejum _____
12										Testes rápidos:
13										
14										

Antitetânica <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> Imune		Consulta Puerpério: ___/___/___
--	--	--



PROTOCOLO: GRUPO DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA

OBJETIVO GERAL: INFORMAR E PROMOVER A SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL DA GESTANTE, DE SEU BEBÊ E ACOLHER A FAMÍLIA



EPS: Novembro/2023

OBJETIVOS ESPECÍFICOS / CONTEÚDOS	DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	FACILITADORES
<p>1º ENCONTRO: - Mudanças na Gestação. Mudanças que ocorrem durante a gestação e a importância em realizar o Pré-natal. - A Família Grávida: Acolher e sensibilizar para a formação do Vínculo Afetivo e a importância da chegada do novo membro à família. Incluir a participação do pai e família.</p>	<p>- Música "Fico assim sem você" (Claudinho e Bochecha). - Mostrar o 1º exame: Teste de gravidez. Falar sobre: As mudanças que ocorrem na gestação. Os cuidados em saúde e os exames no pré-natal. Fortalecimento do vínculo afetivo: Ênfase às modificações físicas e emocionais na gravidez/ Relação da gestante com o parceiro e a família.</p>	<p>Aparelho de Som e/ou Notebook Teste rápido da Gravidez Caderneta da Gestante Carteira de Vacina Imagens e Figuras</p>	<p>Psicólogo Enfermeiro Médico Obstetra ACS</p>
<p>2º ENCONTRO: - Alimentação saudável & Atividade Física. Orientações nutricionais e atividade física para a gestante. Trabalhar a auto-estima, cuidar do interior.</p>	<p>- Alimentação saudável: Cuidados e recomendações alimentares (fibras e hidratação). - Alterações posturais da gravidez e os quadros de algias associados, incômodos físicos. - Manter boa postura no dia a dia, intercalar momentos de repouso nas atividades diárias. - Exercícios físicos suaves durante a gestação, com orientação (ex: caminhada). Fortalecimento do vínculo afetivo: Atenção ao bem estar físico e psíquico da gestante.</p>	<p>Imagens e Figuras Notebook Figura: um prato com as quantidades indicadas de cada tipo de alimento Notebook/Data show</p>	<p>Nutricionista Fisioterapeuta Psicólogo Médico Obstetra ACS</p>
<p>3º ENCONTRO: - Chegando a hora do Parto. Tipos de parto, pré-parto, anestésias e puerpério. Pós parto: sexualidade e planejamento familiar.</p>	<p>- Início do trabalho de parto, sinais de que a hora do parto esta próxima, quando procurar o hospital. - Posição do bebê no saco gestacional e pelve. Simular o parto normal. Informar sobre os tipos de anestesia. - Experiências anteriores. - Puerpério, Sexualidade e Métodos Anticoncepcionais disponíveis no período após o parto. Fortalecimento do vínculo afetivo: Ênfase ao preparo psicológico para o parto.</p>	<p>Imagens e Figuras Notebook Boneco bebê no saco gestacional Pelve</p>	<p>Psicólogo Enfermeiro Médico Obstetra ACS</p>
<p>4º ENCONTRO: - Aleitamento Materno e Amamentação (AM). Promover Aleitamento Materno, refletir e orientar sobre o manejo básico para AM. - Cuidados & Crescimento saudável: Orientar os cuidados com o recém-nascido (RN) e bebê.</p>	<p>- Troca de experiência sobre AM: estimular quem já amamentou a contar sua vivência. - Importância da posição e da pega correta para o AM efetivo. A importância do contato pele a pele. - Fortalecer a gestante quanto a sua capacidade de cuidar do bebê: dramatizar o banho do bebê, os cuidados com o coto umbilical, a troca de roupa, a higiene e troca de fralda. - Destacar sobre o Calendário de Vacinas e exames do pezinho, orelhinha e olhinho. - Orientar sobre o desenvolvimento neurológico do bebê, a importância em estimular o bebê. - Episódio do Filme: Tarzan, na parte onde se evidencia o vínculo afetivo. Fortalecimento do vínculo afetivo: Ênfase aos benefícios do AM para dupla mãe/bebê e a capacidade da mãe/pai, família cuidar bem do bebê.</p>	<p>Notebook Caderneta da Gestante Carteira de Vacina Mama modelo Figura/Cartaz da mama Boneco bebê Colchonete Gaze Álcool 70% Cotonetes Banheira</p>	<p>Pediatra Fonoaudióloga, Dentista, THB Enfermeiro Psicólogo ACS</p>

OBS: A equipe pode fazer as mudanças que julgar necessárias na implementação deste roteiro à sua unidade de atuação, adequando-se às necessidades e demandas de cada grupo local.