



A N E X O S

AO

PROTOCOLO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNAR) NA REDE DE SAÚDE

ANEXO 01: MOBILOGRAMA.

ANEXO 02: TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PARTO CESÁREA POR DECISÃO DA GESTANTE.

ANEXO 03: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA AS GESTANTES.

ANEXO 04: PREVENÇÃO PARA TOXOPLASMOSE – ORIENTAÇÕES.

ANEXO 05: PREVENÇÃO NA PRÉ-ECLÂMPsia.

ANEXO 06: FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA CONSULTA MÉDICA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DE ITUPEVA.

ANEXO 07: ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO DO PRÉ-NATAL DE ITUPEVA.

ANEXO 08: FLUXO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.

ANEXO 09: FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA CONSULTA NO PNAR ITUPEVA.

ANEXO 10: PLANILHA DE CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR DA GESTANTE.

ANEXO 11: ENCAMINHAMENTOS AO HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA.

ANEXO 12: FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO PARA A GESTANTE.

ANEXO 13: ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA DIABETES.

ANEXO 14: MODELO DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL.

[illegible]



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PARTO CESÁREA
POR DECISÃO DA GESTANTE**

1. Identificação da Paciente (ou Representante Legal):

Nome:..... DN:.....

Endereço:.....

CPF:.....RG:..... Telefone:.....

2. Declaro para os devidos fins minha decisão de realizar o parto cesárea.

3. Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

4. Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

5. Declaro ainda ter sido orientada por _____ Registro de classe profissional _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

6. Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

7. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesárea.

8. Confirmação de autorização para o parto cesárea:

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

Assinatura da paciente ou responsável _____

Testemunha _____ CPF: _____

Testemunha _____ CPF: _____



ORIENTAÇÕES GERAIS PARA AS GESTANTES

- Manter a hidratação adequada.
- Realizar atividade física regular de pelo menos 150 minutos por semana (3x de 50 minutos ou 5x de 30 minutos/semana) de intensidade leve a moderada.
- Usar repelente e reaplicar conforme orientação do fabricante.

Os repelentes aprovados pela ANVISA para o uso durante a gravidez são à base de N,N-Dietil-meta-toluamida (DEET), icaridin ou picaridin e IR 3535 ou EBAAP(1-3). EXEMPLOS: OFF FAMILY, SUPER REPELEX LOÇÃO, SBP ADVANCED SPRAY FAMILY, EXPOSIS EXTRÊME SPRAY, LOÇÃO REPELENTE ANTIMOSQUITO JOHNSONS BABY.

- Alimentar-se a cada período de 3 horas.
- Preferir alimentos não industrializados.
- Evitar frituras, alimentos muito salgados ou doces em excesso.
- Manter a vacinação em dia.
- Chegar para a consulta com cerca de 15 minutos de antecedência.
- Trazer o Cartão o Pré-Natal e todos os Exames no dia da consulta. E, caso tenha sido internada, trazer o Relatório de Alta.
- Se estiver usando ou usou medicação que não foi prescrita pelo médico do pré-natal, favor trazer esta Receita no dia da consulta.
- Caso precise faltar à consulta, avisar com antecedência para que a vaga possa ser cedida a outra gestante que esteja precisando.
- Em caso de falta a consulta ou exame, remarcar nova data o quanto antes (alguns exames precisam ser realizados em períodos determinados da gravidez: Ultrassom morfológico e Curva glicêmica).



PREVENÇÃO PARA TOXOPLASMOSE

ORIENTAÇÕES

- Evitar contato com gatos e com tudo que possa estar contaminado com suas fezes.
- Alimentar gatos domésticos com rações comerciais.
- Fazer limpeza diária com água fervente do recipiente em que os gatos depositam suas fezes.
- Usar luvas ao manusear a terra ou jardim.
- Não comer carne crua ou malpassada.
- Preferir as carnes congeladas.
- Não comer ovos crus ou mal cozidos.
- Beber água filtrada.
- Usar luvas para manipular alimentos e carnes cruas.
- Não usar a mesma faca ou tábua para cortar carnes, vegetais e frutas.
- Lavar bem frutas, verduras e legumes.

SOLUÇÃO PARA HIGIENIZAR FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES:

- Diluir uma colher (de sopa - cheia) de água sanitária para cada litro de água potável.
- Frutas, legumes e verduras podem ficar de molho na solução de água potável e água sanitária por cerca de 15 minutos.
- Retirar da solução e enxaguar em água corrente.
- Escorrer e Manter cobertos até o consumo.



PREVENÇÃO NA PRÉ-ECLÂMPSIA

Iniciar AAS 100mg a noite, entre 12 e 16 semanas de gestação se a paciente tiver 1 critério de Alto Risco ou 2 critérios de Risco Moderado para pré-eclâmpsia.

((OBS: o Carbonato de Cálcio 500mg 12/12h já faz parte de todo pré-natal)).

Assinalar:

RISCO ALTO

- () História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos.
- () Gestação múltipla.
- () Obesidade (IMC > 30).
- () Hipertensão Arterial crônica.
- () Diabetes tipo 1 ou 2.
- () Doença renal.
- () Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide).

RISCO MODERADO

- () Nuliparidade.
- () História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs).
- () Baixo nível socioeconômico.
- () Etnia afrodescendente.
- () Idade ≥ 35 anos.
- () História pessoal de baixo peso ao nascer.
- () Gravidez prévia com desfecho adverso.
- () Intervalo > 10 anos desde a última gestação.

BAIXO RISCO

- () Gravidez prévia de termo e sem intercorrências.



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA
CONSULTA MÉDICA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DE ITUPEVA**

UBS/USF: _____ DATA: _____

NOME:	
DN:	IDADE:
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
G _____ P _____ nl. _____ ces. _____ IG(a) _____ IG(US) _____	
PATOLOGIAS:	
DADOS RELEVANTES NO EXAME FÍSICO (PA/ Sinais Vitais):	
TRATAMENTOS REALIZADOS, MEDICAÇÃO E SUA DURAÇÃO:	
EXAMES SUBSIDIÁRIOS - ANEXAR CÓPIAS:	

MÉDICO SOLICITANTE:

CARIMBO E ASSINATURA _____



ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO DO PRÉ-NATAL DE ITUPEVA

UBS/USF: _____ DATA: _____

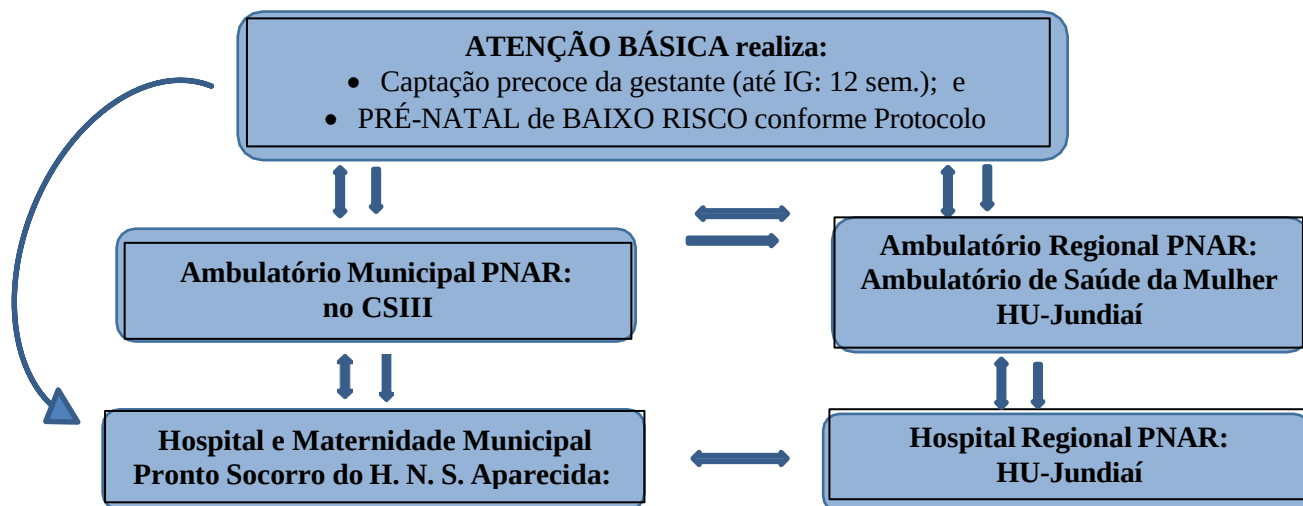
NOME:	DN:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
IDADE GESTACIONAL: _____ SEMANAS _____ DIAS	
PA: _____ PESO: _____	
COMORBIDADES:	
MEDICAÇÕES EM USO:	
OBSERVAÇÕES:	

MÉDICO SOLICITANTE:

CARIMBO E ASSINATURA _____



FLUXO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS



1. ATENÇÃO BÁSICA:

- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação conjugal desfavorável.
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor que 1,45 m.
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg.
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos.
- Nuliparidade e multiparidade.

2. AMBULATÓRIO MUNICIPAL PNAR ITUPEVA:

- Idade menor que 16 anos e a partir dos 40 anos.
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em adolescentes.
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- Histórico de Morte perinatal explicada ou inexplicada.
- Histórico de Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Histórico de Abortamento de repetição (PNAR Itupeva + PNAR Jundiaí).
- Gestação de Reprodução Assistida por Esterilidade ou Infertilidade.
- Histórico de eclâmpsia/ HELLP síndrome prévia.
- Cirurgia uterina anterior.
- Macrossomia fetal.
- Transtorno Mental (se bem vinculada e acompanhada na UBS, manter na origem).
- Pneumopatias, especialmente asma.



- Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*).
- Diabetes gestacional.
- Diabetes tipo 2 em uso de insulina (PNAR Itupeva + PNAR Jundiaí).
- Hipertensão Arterial e/ou fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.
- Hipertensão Arterial gestacional.
- Ganho ponderal inadequado.
- Pré-eclâmpsia.
- ITU - infecção do trato urinário de repetição.
- Hipotireoidismo e Hipertireoidismo

3. AMBULATÓRIO REGIONAL PNAR: Ambulatório de Saúde da Mulher HU-Jundiaí

- Abortamento habitual (maior que 3); (PNAR Itupeva + PNAR Jundiaí).
- Síndromes hemorrágicas.
- Incompetência istmo cervical; (PNAR Itupeva + PNAR Jundiaí).
- Cardiopatias.
- Nefropatias.
- Hemopatias (ex: Trombofilia).
- Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellitus).
- Ginecopatias (Malformação uterina, Miomatose, Tumores anexiais e outras).
- Epilepsia.
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV).
- Doenças auto-imunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses).
- Desvio quanto ao crescimento uterino.
- Gestação Múltipla.
- Volume de líquido amniótico.
- Isoimunização.
- Desvio quanto ao crescimento uterino (ex: Macrosomia fetal/ RCIU).

4. PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL:

HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA

- ITU - infecção do trato urinário com sinais de gravidade (febre, hipotensão, taquicardia).
- Trabalho de parto prematuro.
- Gravidez prolongada.
- Crise Hipertensiva, **Iminência de Eclâmpsia, Eclâmpsia.**
- Suspeita de restrição de crescimento intrauterino - RCIU.
- Diabetes Mellitus descompensado.
- Amniorrexe prematura.
- Hemorragias da gestação.
- Óbito fetal.



FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA CONSULTA NO PNAR ITUPEVA

1. O médico GO/ESF preenche a guia de Encaminhamento (Anexo 06) da gestante com diagnóstico de risco gestacional da AB para o PNAR ITUPEVA;
2. A(o) Enfermeira(o) da UBS/USF acessa a agenda on-line do PNAR, através do sistema de informatização, e realiza o agendamento da consulta especializada com data e horário;
3. Imprime a filipeta do agendamento onde constará: data, horário da consulta e endereço do Ambulatório do PNAR Itupeva;
4. Grampeia esta filipeta na guia de Encaminhamento, entrega e orienta a gestante para o comparecimento ao serviço ambulatorial levando os documentos pessoais, todos os exames e controles realizados até o momento durante o pré-natal na UBS/USF;
5. A gestante comparece ao Ambulatório PNAR Itupeva, na referida data e horário, munida do encaminhamento, exames e controles realizados;
6. O PNAR municipal agenda retorno no próprio ambulatório e ou orienta retorno à gestante na UBS de origem;
7. Um técnico da equipe ou o ACS da UBS/USF de origem realiza o monitoramento da gestante, acompanhando o comparecimento/ausência às consultas e realização dos exames, através de contato telefone ou VD, estabelecendo atenção compartilhada entre a AB e a Especialidade.

[illegible]



**ENCAMINHAMENTOS AO HOSPITAL E MATERNIDADE
NOSSA SENHORA APARECIDA**

INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS		  Prefeitura de Itupeva
FO.002	Data:	Revisão: 00
Contrato de Interação Fornecedor X Cliente		
Fornecedor:		
Cliente:		
Objetivo		

Seq.	Palavra-Chave	Resultado da Negociação
1	Urgência obstétrica	Encaminhar para avaliação e conduta: - DM com controle inadequado (com histórico glicêmico) → descompensado ou sem fazer DM ou em uso de insulina; - Infecção Urinária com sinais de gravidade; - Hipertensas → descompensada e/ou em crise hipertensiva, com encaminhamento do médico da UBS (Ginecologista); - Sangramento ativo; - Suspeita de restrição; - Poli/oligoâmnio: no caso diagnosticado, encaminhar para alto risco (Jundiaí).
2	Ultrassonografia	- Encaminhar paciente com carta de encaminhamento com solicitação de avaliação e hipótese diagnóstica; - Encaminhar paciente com carta do Ginecologista da UBS – com hipótese diagnóstica, será avaliada pelo médico plantonista para necessidade do ultrassom (sendo urgência será realizada no plantão. Em caso de ultrassom eletivo, será realizado na Rede (UBS).



Seq.	Palavra-Chave	Resultado da Negociação
3	Após Alta	- Resumo de Alta detalhado com encaminhamento para a Rede de Atenção Básica registrada pelo serviço de alto risco; - Em casos de paciente que são encaminhados para alto risco e em caso de alta do ambulatório de alto risco e retorno para baixo risco (UBS Itupeva), solicitar relatório de alta de Jundiaí e deixar arquivado em carteira de pré-natal; - Em caso de puerpério patológico, a puérpera deverá ser assistida pela UBS de referência, a depender da patologia e do laudo médico fornecido na alta hospitalar.
4	Vitalidade Fetal	- Apenas baixa movimentação fetal / DM / HAS e hipotireoidismo (controle inadequado) – a partir de 34 semanas (controle semanal); * a partir de 40 semanas – a cada 48 horas; – Rede de Atenção Básica + DM/ HAS/ hipotireoidismo (compensado), a partir de 38 semanas; * a partir de 40 semanas – a cada 48 horas; - A partir de 40 semanas, Cardiotocografia a cada 48 horas (Gestante de baixo risco, sem comorbidades).
5	Patológicas	- Protocolo FEBRASGO/ SOGESP
6	Cesárea	- Indicação de cesárea (absoluta), cesárea a pedido – Gestão de leitos - 38 semanas → Ginecologista da UBS encaminhará a paciente para avaliação do obstetra de plantão para agendar cesárea conforme idade gestacional e condição clínica. A cesárea eletiva poderá ser agendada a partir de 39 semanas, a depender de disponibilidade de agenda; - Abaixo de 39 semanas: a lei não permite realizar a mesma a pedido e em trabalho de parto, a lei não permite a realização de cesariana.
Vigência		
1	Esta interação entra em vigor a partir da data desta revisão (acima) e tem validade indeterminada até a necessidade de renegociação por uma das partes.	
2	O descumprimento desta interação deve gerar um Registro de Ocorrência.	
3	Quando identificado um item ou uma situação não contemplada nesta interação deverá gerar nova revisão.	



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO PARA A GESTANTE

UBS/USF: _____ DATA: _____

NOME:	
DN:	PRONTUÁRIO:
PRÉ-NATAL: Idade Gestacional: _____ Data Provável do Parto: _____	
DIAGNÓSTICO:	
AO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Solicito empréstimo de glicosímetro e fornecimento de fitas reagentes e lancetas para a gestante acima realizar medidas de glicemia capilar _____ vezes por () dia e/ou () por semana. MÉDICO SOLICITANTE: CARIMBO E ASSINATURA _____	
FARMÁCIA CENTRAL: Comprovante de entrega de um glicosímetro na modalidade de EMPRÉSTIMO e fornecimento de: () Fitas reagentes e () Lancetas. Feito orientações e treinamento para uso: () Sim () Não - Obs: _____ DATA: ____/____/____ Atendido por: CARIMBO E ASSINATURA _____	

ATENÇÃO! Documentos necessários para a retirada do glicosímetro:
Apresentar RG; Cartão SUS e Comprovante de residência.



ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA DIABETES

ATENÇÃO! ALIMENTOS QUE MAIS CONTRIBUEM PARA AUMENTAR A GLICEMIA:

Pessoas com diabetes: devem **evitar** (porque dificultam o controle da glicemia):-

- Açúcar (refinado, cristal, demerara ou mascavo);
- Mel;
- TODAS as preparações com açúcar ou mel;
- Doces, achocolatados, suco em pó ou de caixinha, guloseimas, biscoitos doces ou bolos com coberturas ou recheados.

Pessoas com diabetes: consumir com **moderação** (pequenas quantidades):-

Alimentos ricos em carboidratos, que fazem parte da alimentação saudável, mas também aumentam a glicemia. Exemplos:

- Pão francês, pão de forma, torrada, biscoitos ou bolachas salgadas;
- Arroz;
- Raízes e tubérculos, como batata (inglesa ou doce), mandioca, mandioquinha, cará e inhame;
- Massas em geral (macarrão, capeleti, nhoque);
- Milho, polenta;
- Bolo simples;
- Tapioca.

ATENÇÃO AO CONSUMO DE FRUTAS:

Pessoas com diabetes: podem consumir todas as frutas, mas **apenas** 1 porção/refeição e até 3 porções/dia. As frutas possuem quantidades variáveis de açúcar natural (frutose), por isso seguir os exemplos de porções:

- Abacate: $\frac{1}{4}$ (um quarto) de unidade;
- Maçã / Pêra / Laranja / Mexerica / Banana: 1 unidade;
- Manga / Mamão papaia / Caqui – $\frac{1}{2}$ (meia) unidade;
- Melancia / Melão/ Abacaxi / Mamão formosa – 1 fatia.

ESCOLHAS ALIMENTARES PARA CONTROLE DO DIABETES:

1. Preferir os alimentos integrais (arroz, macarrão e pães):

- Caso você não goste do arroz integral, cozinhe o arroz branco junto com legumes e/ou sementes como linhaça e chia. Desse modo, você consegue acrescentar mais fibras na preparação.

2. Comer salada sempre:

- As saladas, principalmente as verduras (folhas), contém muitas fibras que favorecem o controle da glicemia.

3. Consumir alimentos ricos em carboidratos combinados com alimentos ricos em proteínas e fibras. Exemplos:

- Arroz + feijão/lentilha/ervilha + abobrinha + agrião.
- Pão + filé de frango + rúcula com tomate + abacaxi.
- Batata + carne de panela + quiabo + alface com cebola.



- Mandioca + filé de peixe + couve + pimentão + laranja.
- Macarrão + molho de tomate + carne moída + mix de folhas.
- Banana + farelo de aveia + castanha de caju.
- Morango + iogurte natural desnatado.
- Abacate + leite desnatado.

4. Evitar alimentos ricos em gordura de origem animal:

- Consuma as versões desnatadas (sem gordura) dos leites e iogurtes. Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango antes do preparo.

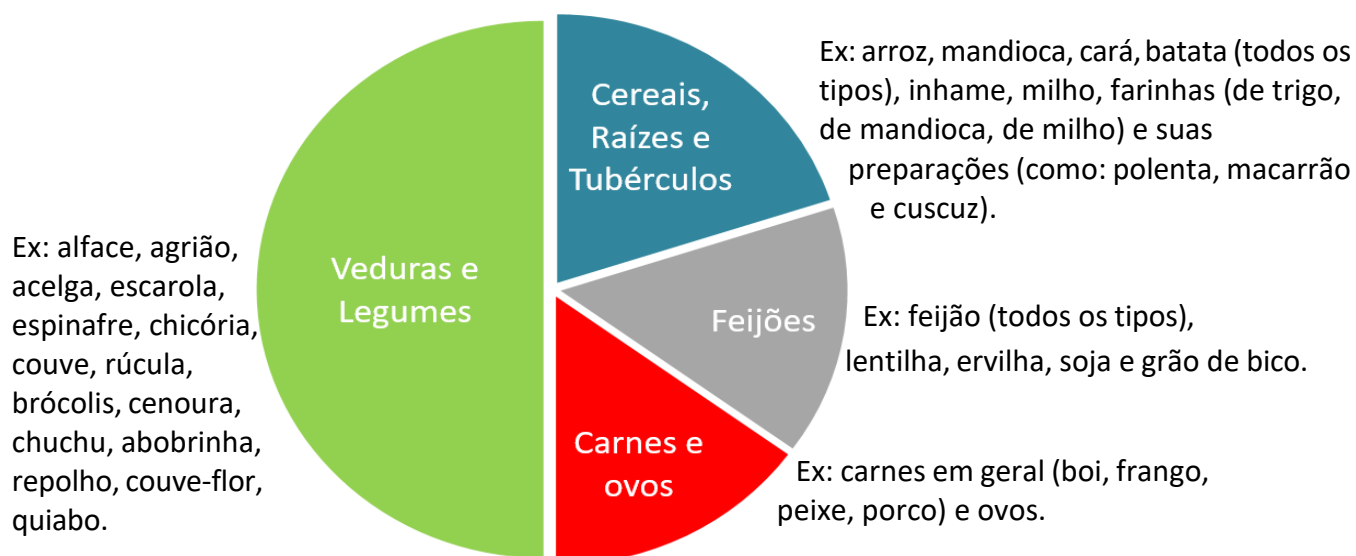
5. Prestar atenção ao uso de adoçantes:

- Se você usa adoçantes artificiais: consumir com moderação e, preferencialmente, os naturais como o estévia. Pode reduzir aos poucos este consumo e dar preferência ao sabor natural dos alimentos.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

- Evitar jejum prolongado; dê preferência à intercalar pequenas refeições.
- Mastigar bem os alimentos e comer devagar. Busque um ambiente tranquilo.
- Comer com atenção desfrutando do momento. Evitar fazer outra coisa enquanto come: ex: assistir TV, mexer no celular.
- Evitar alimentos ultraprocessados, ex: macarrão instantâneo, lasanhas industrializadas, sucos em pó ou em caixinhas, biscoitos recheados, guloseimas, refrigerantes e bebidas alcoólicas;
- Preferir alimentos naturais: frutas, verduras, legumes, feijões, castanhas, cereais, raízes, carnes, ovos.
- Evitar combinar mais de um alimento rico em carboidrato! ex: arroz com macarrão e purê de batata com pão. Comer mais de uma fonte de carboidrato na mesma refeição pode tornar a sua glicemia muito difícil de controlar. Se o fizer, reduza o tamanho das porções.

EXEMPLOS A SEGUIR PARA O SEU ALMOÇO OU JANTAR:

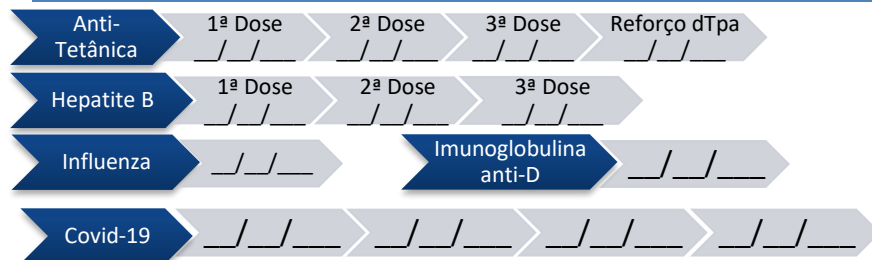


MODELO DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

(Conforme a seguir)

ULTRASSONOGRAFIAS

Data	IG	Peso	Placenta	ILA	Outros



ORIENTAÇÕES

Procurar hospital em caso de:

- Perda de líquido ou sangue pela vagina.
- Dor ou Contrações.
- Movimentação fetal diminuída ou ausente em 4 horas.
- Febre, tontura ou dor forte (dor de cabeça, dor de estômago).



**Prefeitura
de Itupeva**
Estado de São Paulo

Secretaria
de Saúde

CARTÃO DE PRÉ-NATAL

Unidade de Saúde: _____ Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Telefones: _____ / _____

Endereço: _____

Profissão: _____

DIAGNÓSTICOS

Paridade: G _____ P _____ A _____

DUM: ____/____/____ 1º USG: ____/____/____ IG: _____

DPP: ____/____/____

Diagnóstico Obstétrico Patológico Atual:

- _____
- _____

Diagnóstico Obstétrico Patológico Progresso:

- _____
- _____

Diagnóstico Clínico e Cirúrgico:

- _____
- _____

Diagnóstico Ginecológico:
