



D.O.E.

Edição 239
Segunda-Feira,
11 de Junho de 2018
Lei Mun. n.º 1.508

Poder Executivo - Diário Oficial Eletrônico do Município de São Fidélis - DOE

Prefeito

Amarildo Henrique Alcântara

Vice-Prefeito

José Willian Ribeiro de Oliveira

Órgãos do Poder Executivo

Secretaria de Gabinete

Elainy Machado Lino

Procuradoria Geral

Fernanda Valadão Escudini

Secretaria Municipal de Comunicação Social

Idson Barrozo

Secretaria Municipal de Gestão e Recursos Humanos

Rogéria de Carvalho Quintan

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Ambiental

Thiago Gomes Borges

Secretaria Municipal de Cultura e Turismo

Ely Corrêa

Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

Luciano de Almeida e Silva

Secretaria Municipal de Educação

Lia Márcia de Almeida Franco Alcântara

Secretaria Municipal de Fazenda

Osmar Caiana Vieira Menezes

Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo

Josemar Violante Cordeiro (Sem ônus)

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Defesa Civil

Jamilton Serpa de Souza

Secretaria Municipal de Serviços Públicos

Alessandro Mendonça Miquelan

Secretaria Municipal de Saúde

Bruna Araújo Siqueira

Secretaria Municipal de Assistência Social

Victor Mauro Cruz

Controladoria Geral Interna

Thiago Mota Gonçalves

Secretaria Municipal de Transportes e Mobilidade Urbana

Josemar Violante Cordeiro

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Agropecuário e Pesca

Pedro Luis Guarino Barroso

Secretaria Municipal de Governo e Articulação

Rogéria de Carvalho Quintan (Sem ônus)

PORTARIA N.º 469, DE 08 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Exonerar, retroativo ao dia 01/06/2018, o Sr. Natalino Veiga Dias, CPF 884.991.627-20, do Cargo Comissionado de Supervisor de Serviços - SEMSP, Ref. DAS VI, Anexo I, da Lei Municipal n.º 1.338, de 17 de dezembro de 2012.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 08 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito Municipal

PORTARIA N.º 471, DE 08 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Nomear, retroativo ao dia 01/06/2018, o Sr. Geusimar Damasceno Cazanova, CPF 106.781.167-25, para exercer o Cargo Comissionado de Divisão Distrital-Interior V - SEMGA, Ref. DAS V, Anexo I, da Lei Municipal n.º 1.338, de 17 de dezembro de 2012.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 08 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito Municipal

PORTARIA N.º 470, DE 08 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Exonerar, retroativo ao dia 01/06/2018, o Sr. Joseilton da Silva Willeman, CPF 027.029.587-96, do Cargo Comissionado de Divisão Distrital-Interior V - SEMGA, Ref. DAS V, Anexo I, da Lei Municipal n.º 1.338, de 17 de dezembro de 2012.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 08 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito Municipal

PORTARIA N.º 472, DE 08 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Nomear, retroativo ao dia 06/06/2018, o Sr. Claudio Barcelos Côra, CPF 073.949.927-05, para exercer o Cargo Comissionado de Supervisor de Serviços - SEMSP, Ref. DAS VI, Anexo I, da Lei Municipal n.º 1.338, de 17 de dezembro de 2012.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 08 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito Municipal

Poder Executivo - Diário Oficial Eletrônico do Município de São Fidélis - DOE

PORTARIA N° 473, DE 08 DE JUNHO DE 2018.

Ementa: Define setor para liquidação de processos.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no exercício de suas atribuições,

R E S O L V E:

Art. 1º - Determinar que o Superintendente Administrativo Geral da Secretaria Municipal de Saúde proceda a liquidação dos processos de pagamento de despesas bens e/ou serviços da Secretaria Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

Art. 2º - Afixe-se, publique-se, registre-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 08 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito

PORTARIA N° 474, DE 08 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º - Nomear os representantes abaixo relacionados para exercerem o mandato de membros do Conselho Municipal de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – CACS-FUNDEB, conforme segue:

I) Representante do Conselho Municipal de Educação

Titular: Scheilla Maria Costa de Souza

Suplente: Charlen Clayton Lima de Sousa

II) Representante do Conselho Tutelar

Titular: Antônio Marcos de Oliveira Braga

Suplente: Vanessa Teles Cardoso

III) Representante dos Diretores das Escolas Públicas Municipais

Titular: Raphael Seixas Ribeiro

Suplente: Zilma de Souza Baptista

IV) Representante dos Estudantes da Educação Básica

Titular: Mariana Gomes de Campos

Suplente: Leonardo Alves Baptista

V) Representante dos Estudantes Secundaristas

Titular: Dayana Silva Ribeiro

Suplente: Henrique de Jesus Souza

VI) Representantes de Pais de Alunos

Titular: Luiz Pereira de Souza

Suplente: Rosilane Domingues

Titular: Rosiane Fernandes de Abreu dos Santos

Suplente: Ana Paula Ferreira Grugel

VII) Representante do Poder Executivo

Titular: Jacy de Souza Leite

Suplente: Maria Rogéria da Silva Machado

VIII) Representante do Poder Executivo – SEMED

Titular: Maria Augusta da Silva Lopes

Suplente: Ana Paula da Silva Ribeiro

IX) Representante dos Professores da Educação Básica Pública Municipal

Titular: Lúcia de Fátima Araújo Rodrigues da Silva

Suplente: Maria Eliana Gomes Vieira

X) Representante dos Servidores Técnico-Administrativo

Titular: Alexandra Oliveira Pontes Menezes

Suplente: Micheline Cruz

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Art. 3º - Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 08 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito

PORTARIA N° 475, DE 11 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Exonerar, retroativo ao dia 04/06/2018, o Sr. Henrique Serra da Silva, CPF 134.505.587-06, do Cargo Comissionado de Gerente de Gestão de Pessoal - SEMGER, Ref. DAS III, Anexo I, da Lei Municipal n.º1.338, de 17 de dezembro de 2012.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 11 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito Municipal

PORTARIA N° 476, DE 11 DE JUNHO DE 2018.

Amarildo Henrique Alcântara, Prefeito Municipal de São Fidélis, no pleno exercício do seu mandato e no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Nomear, retroativo ao dia 04/06/2018, o Sr. Agnaldo Paula Junior, CPF 000.746.937-35, para exercer o Cargo Comissionado de Gerente de Gestão de Pessoal - SEMGER, Ref. DAS III, Anexo I, da Lei Municipal n.º1.338, de 17 de dezembro de 2012.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 11 de junho de 2018.

Amarildo Henrique Alcântara
Prefeito Municipal

PORTARIA N° 05/2018

DISPÕE SOBRE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO COM NORMAS QUE REGEM A ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL, INSTITUÍDO, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - A REDE CEGONHA, EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.

A Secretária Municipal da Saúde, **BRUNA ARAUJO SIQUEIRA**, no uso das atribuições que lhe conferem o cargo, com base na portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011;

CONSIDERANDO que, o Município de São Fidélis (RJ), não existe nenhum protocolo que rege a assistência ao pré-natal de Risco Habitual;

CONSIDERANDO a portaria n.º 006, de 29 de junho de 2012 que dispõe sobre as ações do Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde;

CONSIDERANDO que a portaria n.º 1.459 do Ministério da Saúde, preconiza que os enfermeiros e médicos generalistas realizam o pré-natal de risco habitual na estratégia da Saúde Familiar;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

CONSIDERANDO a necessidade de implantação de protocolo com normas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º - Implantar o protocolo com normas que regem a assistência ao pré-natal de risco habitual, com base no anexo I desta portaria, que contém de forma discriminada o conjunto de ações a serem desenvolvidas bem como todas as diretrizes para assistência ao pré-natal de risco habitual.

Parágrafo Único – Fica instituído como parte integrante desta portaria o anexo II, que consta de um fluxograma que define as etapas de realização deste protocolo.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Bruna Araújo Siqueira
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tomam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher.

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. E, no caso de uma gestação indesejada é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas.

1. Rede cegonha - Portaria N° 1459, de 24 de junho de 2011

1.1. Definição

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao

nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha, tendo como princípios:

- O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- A promoção da equidade;
- O enfoque de gênero;
- A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- A participação e a mobilização social; e
- A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

1.2. Objetivos

- Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- E reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

1.3. Partindo das seguintes diretrizes

- Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- E garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

1.4. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro Componentes, sendo eles:

1.4.1. Pré-Natal

1.4.2. Parto e Nascimento

1.4.3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

1.4.4. Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

2. Rede Cegonha

Conforme o fluxograma de Pré-Natal, o primeiro contato com a mulher com suspeita de gravidez será realizada por equipe multiprofissional (ACS, Enfermeiro e etc). Caracteriza suspeita de gravidez a mulher com queixas de atraso ou irregularidade menstrual, aumento do volume abdominal e/ou das mamas. A equipe deve encaminhar a mulher para consulta na unidade, onde será avaliada a necessidade do Teste imunológico de gravidez urinário. Mulheres com testes positivos devem iniciar imediatamente o pré-natal, não sendo necessária a coleta de BHCG laboratorial.

3. Primeira consulta pré-natal deverá ser realizada pelo enfermeiro

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e também respaldado por portaria municipal.

Na primeira consulta o enfermeiro deverá:

- Realizar entrevista

Entrevista:

- presença de sintomas e queixas;
- planejamento reprodutivo;
- rede familiar e social;
- condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais;
- atividade física;
- história nutricional;
- tabagismo e exposição à fumaça do cigarro;

- álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas);
- antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno;
- saúde sexual;
- imunização;
- saúde bucal;
- antecedentes familiares.

- Realizar exame físico geral e específico no pré-natal de risco habitual

Exame físico geral e específico [gineco-obstétrico]:

- atenção para as alterações da pressão arterial
- avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional
- atenção para as alterações na altura do fundo uterino

- Solicitar exames de rotina no pré-natal de risco habitual

Solicitação de exames, conforme o período gestacional:

- hemoglobina e hematócrito;
- eletroforese de hemoglobina;
- tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto;
- glicemia de jejum;
- teste de tolerância à glicose;
- urina tipo I;
- urocultura e antibiograma;
- teste de proteinúria;
- teste rápido para sífilis ou VDRL;
- teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II);
- sorologia para hepatite B (HBsAg);
- toxoplasmose IgG e IgM;
- malária (gota espessa) em áreas endêmicas;
- parasitológico de fezes;
- ultrassonografia obstétrica.

- Plano de cuidado

Presença de sinais de alerta na gravidez:

- cefaleia;
- contrações regulares;
- diminuição da movimentação fetal;
- edema excessivo;
- epigastralgia;
- escotomas visuais;
- febre;
- perda de líquido;
- sangramento vaginal.

Avaliação do risco gestacional:

- fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco;
- fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco;
- sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.

Cadastramento e preenchimento da Caderneta da Gestante:

- preenchimento do cartão da gestante;
- preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal.

Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal:

- estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário.

Observar a utilização de medicação na gestação

- Verificar o grau de segurança na gestação e na lactação.

Encaminhamento para serviço de referência:

- manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica;
- solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante;

- realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

Vinculação com a maternidade de referência e direito a acompanhante no parto

- Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto.
- Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher.

Suplementação de ferro e ácido fólico:

- ferro elementar (40 mg/dia);
- ácido fólico (400 µg/dia ou 0,4 mg/dia).

Prescrever Ácido Fólico 5mg 1x/dia cedo para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto;

Prescrever sulfato Ferroso 40mg 1x/dia 30 minutos antes do almoço para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto;

Imunização:

- dT/dTpa;
- dT: (0, 2, 6 meses) – dTpa: (Tomar entre a 27ª e a 36ª semana da gestação)
- hepatite B; (0, 2, 6 meses)
- influenza. (anual)

Encaminhar para avaliação odontológica e nutricional;

- Agendar durante a 5ª consulta do pré-natal (Odontologia) e 8ª consulta com Nutricionista.

Realizar o convite para os Grupos de Gestantes multidisciplinares. (CRAS) + (UBS):

- Agendar com o CRAS se a gestante não for acompanhada pelo mesmo.

Registrar a consulta em prontuário eletrônico (todas as consultas e procedimentos);

Pré agendamento das consultas (2ª a 7ª consulta médico/enfermeiro ou a critério médico);

Preencher “Ficha Perinatal” e manter em local correto na pasta com divisórias datadas;

Cadastrar gestante no SISPRENATAL WEB;

4. Grupos de Gestantes Multidisciplinares

Serão realizados grupos de gestantes nas unidades de saúde com palestras multidisciplinares. Os profissionais abordarão assuntos pertinentes à saúde das gestantes e dos recém-nascidos. Os grupos são organizados pela própria coordenação de enfermagem da UBS, sendo confeccionado um cronograma com as datas e os profissionais que irão palestrar. O mínimo de palestras a serem realizadas serão de **04 palestras**.

As equipes multidisciplinares que poderão ajudar nas palestras e os assuntos abordados por cada profissional estão na tabela abaixo:

Equipe Multidisciplinar	Assuntos abordados
Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> • Direitos das gestantes; • Direitos sociais; • Direitos trabalhistas; • Direito à saúde.
Banco de leite humano Nutrição/Enfermagem/	<ul style="list-style-type: none"> • Importância do aleitamento materno; • Posição correta para amamentar; • Doação de leite materno.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicossociais; • Uso do álcool, cigarro e drogas.
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • A importância do pré-natal; • Desenvolvimento gestacional; • Vacinação; • Queixas comuns na gestação; • Cuidados com o recém-nascido; • Outras orientações.
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos e gravidez; • Riscos da automedicação; • Medicamentos comuns em prescrição na gravidez.
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades físicas para gestantes; • Indicações e contraindicações.
Fonoaudiologia	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos fonoaudiológicos; • A importância de conversar com o bebê ainda na barriga; • A importância da música na gestação; • Amamentação
Medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Partos normal e cesárea; • Sinais de alerta; • Planejamento familiar; • Esclarecimento de dúvidas.
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação da Gestante; • Atenção aos nutrientes importantes durante a gestação;
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado com a higiene dos alimentos; • Como higienizar verduras, legumes e frutas.
Odontologia	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde bucal da gestante; • A importância do pré-natal odontológico; • Doenças bucais; • Alterações bucais na gestação.

Psicologia	<ul style="list-style-type: none"> Aspectos emocionais da gestação; Relacionamento conjugal.
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Roteiro das consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos dentre outros:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização da Caderneta da Gestante e da "Ficha Perinatal".

Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:

- Controles maternos:
 - Cálculo e anotação da idade gestacional;
 - Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Medidas antropométricas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo;

Controles fetais:

- Ausculda dos batimentos cardiorfetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;

Condutas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe de atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Verifique o agendamento das consultas subsequentes.

Considerações Importantes:

- Realizar a busca ativa das gestantes faltosas em consultas ou coleta de exames, aproveitando o Agente Comunitário de Saúde. Caso necessário acionar o assistente social e conselho tutelar;
- Avaliar os exames laboratoriais disponíveis.

6. Exames preconizados para 100% das gestantes conforme Portaria Nº 650, de 5 de Outubro de 2011

Exames de 1º Trimestre

Tipagem sanguínea + Fator RH
Hemograma
Urina I
Urocultura
Sorologia + p/ Hep B (HsAg)
Toxoplasmose IgG IgM
Glicemia de jejum
Eletroforese de Hemoglobina
Citopatológico
USG Obstétrica

Exames de 3º Trimestre

Urina I
Glicemia de jejum
Hemograma
USG Obstétrica

Exames de 1º e 3º Trimestre

Teste Rápido HIV – 1º e 3º Trimestres para gestantes e/ou HIV
Teste Rápido Sífilis – 1º e 3º Trimestres para gestantes e/ou VDRL

6.1. Considerações importantes referentes aos exames

- Outros exames laboratoriais poderão ser solicitados conforme conduta profissional.
- O enfermeiro poderá solicitar todos os exames laboratoriais da tabela SUS.
- Agendamento de exames laboratoriais: entrar em contato com laboratório da Secretaria de Saúde. *Onde teremos "vagas fixas" para atendimento prioritário para as gestantes.*
- Dificuldade com agendamento de USG Obstétrica entrar em contato com Central de regulação. *Onde teremos "vagas fixas" para atendimento prioritário para as gestantes.*
- Os Testes Rápidos devem ser realizados na primeira consulta e na 28ª semana de gestação. Caso a gestante apresentar alguma situação de exposição à Sífilis nos últimos três meses, o Teste Rápido de Sífilis deve ser repetido em 30 dias (conforme o fluxograma no Manual "Utilização de Testes Rápidos para a Triagem da Sífilis").
- O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. **A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes.** Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayres).

7. Calendário de consultas

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), (OBS: Agendar a consulta com Odontologia na 05ª Consulta do pré-natal, agendar na 08ª Consulta do pré-natal e Fonoaudiologia na 10ª Consulta do pré-natal), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

As consultas podem, também, serem agendadas conforme necessidade médica ou do enfermeiro.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada. Encaminhar RN para puericultura e verificar a necessidade de contraceptivo.

8. Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculda dos batimentos cardiorfetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler. Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana.

8.1. Exame físico geral

- Inspeção da pele e das mucosas;
- Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
- Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Exame dos membros inferiores;
- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial; - Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

8.2. Exame físico específico (gineco-obstétrico)

- Palpação obstétrica;
- Medida e avaliação da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardiorfetais;
- Registro dos movimentos fetais;
- Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess);
- Exame clínico das mamas;
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

9. Controle da pressão arterial (PA)

Os guidelines recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal.

O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas; Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

10. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial

Preparo da paciente:

- Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
- Certifique-se de que ela não: - está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores.
- Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas

descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

11. Procedimentos para a medida de peso

Recomenda-se a utilização de balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. A medida de peso deve ser realizada em todas as consultas e grupos de gestantes. Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- A gestante descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor;
- Anote o peso encontrado no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante.

12. Procedimentos para a medida da altura

A medida da altura deve ser realizada na primeira consulta.

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;
- Calcaneares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança; o A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;
- O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se ao couro cabeludo;
- Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Anote o resultado no prontuário.

13. Palpação obstétrica e medida da altura uterina

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

14. Medida da altura uterina

Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação.

15. Ausculta dos batimentos cardiorfetais

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

16. Registro dos movimentos fetais

Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional. A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida; todavia, o monitoramento dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu bem-estar é relativamente recente. Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo.

Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros). A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real,

resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais (mobilograma), realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações.

17. Verificação da presença de edema

Tem como objetivo detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

18. Classificação de Risco gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco.

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

18.1. Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

18.2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;

- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

18.3. Fatores relacionados à gravidez atual

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

19. Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

19.1. Fatores relacionados às condições prévias

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

19.2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

19.3. Fatores relacionados à gravidez atual

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; o Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);

- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

20. Fatores de risco indicando o encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Ao não se garantir o acesso seguro ao evento da maternidade, impõe-se às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania. Embora o risco de óbito tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal e ao parto institucional, ainda há muito a fazer. Para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas.

Para isso, são fundamentais, o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para locais de referência. Ao avaliar a gestante em situação de urgência/emergência, o profissional de saúde deve encaminhá-la ao local de referência.

São fatores de risco de urgência/emergência obstétrica:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria; Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas; o Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoeríveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrâmnio;

21. Encaminhamento para o Alto-Risco e Ginecologista da UBS

- Para o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, o médico deve preencher por completo a Guia de Referência/Encaminhamento;
- O agendamento de alto-risco para o Hospital é realizada pela própria gestante, podendo esse agendamento ser realizado pessoalmente no hospital ou via telefone. A gestante deve comparecer no Hospital com a Guia de Referência/Encaminhamento;
- Quando for necessário o médico do ESF (equipe da saúde da família) encaminhar a gestante para avaliação com o ginecologista da UBS (unidade básica de saúde), o médico do ESF deve preencher a Guia de Referência/Encaminhamento e encaminhá-la à UBS. Após a avaliação e condutas do ginecologista da UBS, o mesmo pode preencher a “Guia de Contra-Referência” e retorná-la a unidade de origem para dar seguimento ao pré-natal.

22. Infecções Sexualmente Transmissíveis em Gestantes

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, podendo causar aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do RN. Essas infecções também podem ter efeito

debilitante nas gestantes.

Todas as gestantes e as parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. O rastreamento de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento) cuja efetividade depende de vários fatores (ex: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros).

Todas as gestantes devem ser rastreadas, quando disponível, para:

- HIV – a testagem para o HIV é recomendada na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e terceiro trimestre da gestação. Mas, no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do teste rápido para HIV.
- Sífilis – o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento.
- Hepatite B – o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão vertical. Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta do pré-natal – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;

22.1. Hepatite B e C

As hepatites virais, apesar das inúmeras discussões sobre a origem, hoje é um acometimento que impacta sobremaneira a saúde pública em todo mundo. A perda da qualidade de vida do paciente e comunicantes, e os gastos no SUS, requerem esforços para desenvolver medidas eficazes de promoção à saúde, na vigilância, prevenção e controle desses agravos. Uma das estratégias eficazes foi com surgimento dos testes rápidos para triagem das hepatites virais (B e C). Estes testes são práticos pela simplicidade de execução e por não necessitarem de equipamentos para leitura. Os resultados aparecem por meio da formação de linhas coloridas de fácil interpretação, no entanto, esses testes devem ser continuamente monitorados e avaliados. Os testes sorológicos específicos, apesar de todos os avanços tecnológicos, se mantêm como o método eficaz para avaliar o decorrer da infecção viral, determinando as fases da infecção e os procedimentos a serem seguidos.

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical. Está disponível nas unidades de saúde o Teste Rápido de Triagem das Hepatites.

O percentual de cronificação no RN infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal. Por isso, o rastreamento para hepatite B deve ser oferecido para todas as mulheres grávidas, a fim de oferecer vacinação para as mulheres suscetíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão materno-fetal. Para isso, o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) deve ser solicitado nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal, e ser repetido no terceiro trimestre.

- Se for HBsAg reagente, solicite HBeAg e transaminases. A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto-risco;
- Toda gestante HBsAg não reagente e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B. Devemos coletar o anti-HbsAg em gestantes que não sabem se tomaram a vacina. As gestantes com vacinação incompleta devem completar o esquema vacinal já iniciado.

Monitoramento do RN:

- Verifique se foi administrada no hospital a vacina para hepatite B a todos os RN de mães HBsAg não reagente;
- Nos casos de mãe HBsAg reagente e HBeAg reagente, verifique se foi aplicada a 1ª dose da vacina para hepatite B e a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento;
- Para o RN assintomático, complete as doses da vacina para hepatite B e, aos 9 e 15 meses, solicite o anti-HbsAg;

No caso de RN sintomático, encaminhe a criança ao serviço de referência. Verifique se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura da UBS.

22.2. HIV

A evolução da epidemia da Aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe, como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Sendo assim, é necessário o Teste Rápido para HIV na primeira consulta pré-natal e na 28ª semana de gestação.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV. Nesse caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Os fatores biológicos podem limitar a precisão dos testes rápidos, o que também pode ocorrer com os testes convencionais usados em laboratório. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2).

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25% e 30%. Deste percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto. O uso de terapêutica antirretroviral, quando associada à cesárea eletiva, pode diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV para níveis em torno de 2%.

Gestante portadora do vírus deve realizar o acompanhamento de alto risco, porém deve permanecer o vínculo e o pré-natal na unidade de saúde.

OBS.: Realizar o Teste Rápido para HIV no parceiro sempre que possível tanto no primeiro trimestre, quanto no terceiro trimestre da gravidez.

22.3. Sífilis

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre (28ª semana) da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

Sífilis congênita é a transmissão da doença de mãe para filho. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, quando este nasce gravemente doente. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado é positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim se consegue evitar a transmissão da doença. Seguir protocolo municipal de conduta de Sífilis.

Parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nato será considerado caso de sífilis congênita. O tratamento do parceiro deve ser concomitante ao da gestante. O tratamento concomitante significa que o tratamento do parceiro de ser iniciado no máximo na última dose do tratamento da gestante.

O comprovante de tratamento da sífilis em gestante e parceiro deve ser anexado à caderneta de gestante e à ficha Perinatal. O impresso de comprovação de tratamento da Sífilis deve estar disponível para o ginecologista.

A sífilis é uma patologia de notificação compulsória.

23. Realização dos Testes Rápidos

Os Testes Rápidos enviados às unidades podem ser de vários laboratórios. Podem ser utilizados testes de plataforma de único e de duplo percurso, que permite detectar anticorpos específicos para a patologia. Esses kits permitem a utilização de fluido oral, soro, plasma e sangue total.

Conservação e estocagem do material

Os kits devem ser mantidos/armazenados entre 2°C e 30°C. Recomenda-se a conservação dos kits em geladeira somente em locais onde a temperatura ambiente ultrapasse 30°C. Não congele os kits ou seus componentes. Os tampões de corrida também devem ser mantidos entre 2°C e 30°C, em seu recipiente original (frasco contágotas).

23.1. Resultados dos Testes Rápidos

23.1.1. Os resultados possíveis do Teste Rápido de Sífilis

- Para a amostra com resultado Não Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Não Reagente para Sífilis";
- Para a amostra com resultado Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Reagente para Sífilis".

23.1.2. Os resultados possíveis do Teste Rápido de HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1), terá o diagnóstico definido como "Amostra Não Reagente para HIV";
- A amostra que apresentar resultado reagente no teste rápido 1 (TR1) deverá passar obrigatoriamente para a realização do segundo teste (com Kit de outro laboratório - TR2);

Amostras reagentes nos TR1 E TR2 terão o diagnóstico definido como "Amostra Reagente para HIV";

Encaminhar para Vigilância conforme protocolo em anexo

Amostras reagentes no TR1 e não reagente no TR2 (DISCORDANTES), não terão o resultado definido e uma nova amostra deverá ser solicitada por punção venosa para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV.

NOTA: Caso não apareça a banda controle ou ocorra algum problema no processo de realização e leitura do teste, esses serão considerados INVÁLIDOS e o teste deverá ser repetido com a mesma metodologia e com mesmo conjunto diagnóstico, de preferência com outro lote.

23.1.3. Os resultados possíveis para Hepatite B

O exame da empresa BioMérieux Brasil, o VIKIA HBsAg é um teste qualitativo baseado na associação de anticorpos monoclonais e policlonais específicos do HBsAg. Este teste utiliza o 7 princípio de imunocromatografia lateral para a pesquisa do HBsAg circulante. Permite a detecção dos principais subtipos ad e ay no soro, no plasma e no sangue total. Sendo os resultados "reagentes" e "não reagente".

Testes Rápidos de hepatite B com resultados "reagentes" solicitar exame laboratorial ABsAG.

OBS: Em caso reagente, encaminhar para Vigilância em Saúde.

23.1.4. Os resultados possíveis para Hepatite C

É um teste de determinação qualitativa do anticorpo anti-HCV, por método imunocromatográfico usando antígenos sintéticos e recombinantes imobilizados na membrana para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de soro ou sangue total. Sendo os resultados "reagentes" e "não reagente".

Testes Rápidos de hepatite C com resultados "reagentes" solicitar exame laboratorial Anti-HCV.

OBS: Em caso reagente, encaminhar para Vigilância em Saúde.

23.2. PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

- Deixar os reagentes necessários atingir a temperatura ambiente antes da utilização;
- Retirar o dispositivo do sachê selado;
- Colocar o dispositivo numa superfície plana e limpa.

23.3. Procedimentos para realização dos Testes Rápidos de único percurso

- Utilizar EPI;
- Identificar as lâminas dos Testes Rápidos;
- Identificar o frasco para diluição com o nome do indivíduo ou número de identificação e desenrosque o dosador (parte branca) do frasco mantendo a tampa de cima rosqueada no dosador;
- Escolha o dedo para realizar a punção – médio ou anelar;
- Massagear para aumentar fluxo sanguíneo;
- Realizar a antisepsia do local a ser perfurado – lateral do dedo;
- Aguardar secar o álcool;
- Desencapar a lanceta;
- Encostar a lanceta e fazer pressão para que ela dispare;
- Fazer ordenha para obter amostra;
- Coletar a amostra de sangue com a pipeta ou capilar;
- Dispensar duas gotas de sangue na área da amostra (S);
- Adicionar na área de amostra (S) uma gota do tampão;
- Aguardar 15 minutos (Ou conforme indicador do teste) para a leitura;

23.4. Procedimentos para realização dos Testes Rápidos de duplo percurso

- Utilizar EPI;
- Identificar as lâminas dos Testes Rápidos;
- Identificar o frasco para eluição com o nome do indivíduo ou número de

- Encostar a alça coletora de 10 µL na amostra a ser testada permitindo que a alça seja preenchida com a amostra;
- Inserir a alça coletora de 10µL com a amostra no frasco de eluição identificado de modo que toque no fundo do frasco;
- Dobrar a haste da alça coletora no ponto de quebra a fim de que a extremidade com a amostra permaneça dentro do frasco de eluição;
- Recolocar o dosador no frasco de eluição certificando de que tanto o dosador quanto a tampa azul estão bem fechados e agite levemente por 10 segundos;
- Retirar somente a tampa azul do dosador e girar o frasco de eluição mantendo na posição vertical (sem inclinar) sobre o poço 1. Adicionar duas gotas da solução, lentamente, ao poço 1;
- Aguardar cinco minutos. Após esse tempo, a linha TESTE e CONTROLE da janela devem ter desaparecido. Em caso contrário, descartar o suporte de teste e repetir o procedimento desde o início usando um novo suporte;
- Verter o frasco de tampão de corrida e mantê-lo na posição vertical (sem inclinar) sobre o poço 2. Adicionar quatro gotas de tampão, lentamente, ao poço 2;
- Deixar o teste correr por 10 minutos após a adição do tampão ao poço 2 a temperatura entre 15 a 25°C. Caso não haja migração após 3 minutos da adição do tampão no poço 2, descartar o teste;
- Após, realizar a leitura do exame.

23.5. Procedimento para realização dos Testes Rápidos com fluido oral

- Oriente quem vai fazer a coleta do fluido oral a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha. Com ligeira fricção, passar o coletor gentilmente quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;
- Insira o coletor no frasco identificado;
- Feche o frasco com a tampa e agite-o suavemente por 10 segundos;
- Retire a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, coloque duas gotas no poço 1;
- Marque o tempo de 5 minutos no relógio ou cronômetro;
- Verifique na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- Passados os 5 minutos, pegue o tampão, coloque-o também em posição vertical e derrame quatro gotas no poço 2;
- Marque o tempo de no mínimo 10 minutos e no máximo 25 minutos para a leitura e interpretação do teste.

23.6. Consideração sobre os Testes Rápidos

- Realizar os Testes Rápidos somente profissionais capacitados;
- Seguir orientações das bulas sobre armazenamento e realização do exame;
- Realizar a entrega do laudo, registrando nesse: os dados pessoais completos, assinatura do profissional e carimbo, o número do lote e validade do teste.

24. Consulta de Puerpério

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde. Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê no caso das Equipes da Saúde da Família. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade, pelos agentes comunitários, pela busca ativa das unidades de saúde e pelo funcionário da sala de vacina. A segunda consulta puerperal deve ocorrer entre 30 e 42 dias após o parto. Nessa consulta é necessário verificar a necessidade de contraceptivo e seguir o protocolo de Planejamento Familiar.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Agendar as consultas de puericultura (até 15 dias após nascimento, com um mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses ou conforme conduta médica);
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar. (Observar padronização de medicamento municipal, REMUNE).

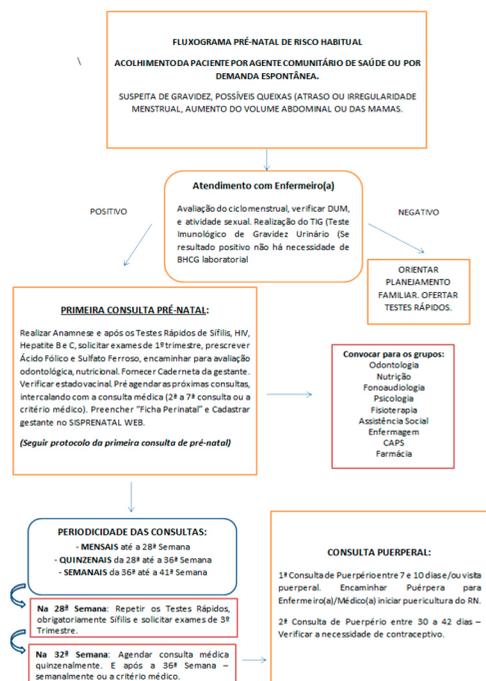
25. Óbito fetal

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra referência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

26. Unidades de Saúde de referência para realização do pré-natal de risco habitual

UNIDADE DE SAÚDE	ÁREA ADSTRITA
ESF JOSE DE ABREU IPUCA	Ipuca, Cristo Rei, Brejinho, Nova divinéia, Vargem do Brasil e Assentamento
ESF A J ANDRADE VILA DOS COROADOS	Coroados, Graminha, Esperança, Cabuqueiro e Laranjal
ESF CLINICA DA FAMILIA VEREADOR VALDEMIR HESPANHOL DINIZ	São Vicente, Tubiacanga, Chatuba Montese, Morro do Fábio, São José, Matadouro, Aracajú, Alaria, Rio do Colégio, Jonas de Almeida e Silva, Cacoanda, Pedra Branca
ESF SALVADOR DA SILVA ABREU PUREZA	Pureza, Vila Operária, Turma, Cidade de Deus, Recanto das Andorinhas, Vila do Cabo, Usina Pureza, Parque Miragem, Angelim, Coroa, Dois Rios e Caetetu, Timbó, Fazenda da Saudade, Grumarim, Agua fria e Fazenda da Pedra
PACS CENTRO	Centro, Barreiro e Gamboa
PACS PENHA	Penha, Recanto da Penha, Parque Tinola, Barão de Macaúbas, Vargem Grande, Itacolomi, Toca Fria e Zé Grande, Palmital, Recreio, São Benedito, Parque Grupiara
PACS COLONIA	Colônia, Pirai, Retiro Saudoso, Serra, Sapê, Bonifácio, Santa Vitória, Olho d'água, Tanque, Fazenda Termópilas, Valão de Areia, Valão do Amparo, Poço Dantas, São Joaquim, Capitão, Boa Vista, Cabiuna, Buião, Cafundó, São Miguel,

ANEXO II



Errata nº. 01 - Edital de Tomada de Preços nº. 02/2018

Edital de Tomada de Preços nº. 02/2018

Onde se lê:

10.4.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICO-OPERACIONAL

10.4.3.1. Para fins de comprovação de capacidade técnico-operacional da empresa, deverá ser apresentado atestado firmado por órgão público ou por empresa privada, e registrado no CREA ou CAU, comprovando haver a empresa licitante executado serviços de características semelhantes e de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior à da presente licitação, cujas parcelas de maior relevância, para habilitação das empresas participantes, são os seguintes serviços/obras: (conforme o disposto no art. 30, inciso II e §§ 2º e 3º da Lei Federal nº 8.666/93), que poderão constar de atestados diversos.

Leia-se:

10.4.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICO-OPERACIONAL

10.4.3.1. Para fins de comprovação de capacidade técnico-operacional da empresa, deverá ser apresentado atestado firmado por órgão público ou por empresa privada, e registrado no CREA ou CAU, comprovando haver a empresa licitante e/ou o profissional de nível superior executado serviços de características semelhantes e de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior a da presente licitação, cujas parcelas de maior relevância, para habilitação das empresas participantes, são os seguintes serviços/obras: (conforme o disposto no art. 30, inciso II e §§ 2º e 3º da Lei Federal nº8.666/93), que poderão constar de atestados diversos.

São Fidélis, 11 de junho de 2018

Rogéria de Carvalho Quintân

Secretária Municipal de Gestão e Recursos Humanos

