

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ATÍLIO VIVÁCQUA

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ATÍLIO VIVACQUA

ELABORADO POR:

Enfermeira: Caroline Rodrigues Campos Moreira

POTENCIAIS UTILIZADORES

Equipe da Estratégia de Saúde da Família de Atílio Vivacqua, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Equipe do Ambulatório Municipal de Especialidade de Atílio Vivacqua, Equipe do Hospital Comunitário D^a Andrea Canzian Lopes.

PÚBLICO-ALVO

Gestantes do Município de Atílio Vivacqua.

RESUMO

1. OBJETIVO.....	04
2. DIAGNOSTICO DA GRAVIDEZ.....	05
3. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PRÉ NATAL.....	06
4. DA ENTRADA DA GESTANTE NO SISPRENATAL.....	07
5. DA PRIMEIRA CONSULTA.....	07
6. DA SEGUNDA CONSULTA.....	08
7. DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES.....	09
8. DAS GESTANTES CLASSIFICADAS COMO ALTO RISCO.....	09
9. DA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	10
10. DOS EXAMES.....	10
11. DOS MEDICAMENTOS PROFILÁTICOS.....	11
12. DA IMUNIZAÇÃO.....	12
13. FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO.....	14
14. DO PUERPÉRIO.....	16
15. DA COMPETENCIA E ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	16
REFERENCIAS	19

OBJETIVO

O principal objetivo da assistência do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo.

Na construção da qualidade da atenção do pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas.

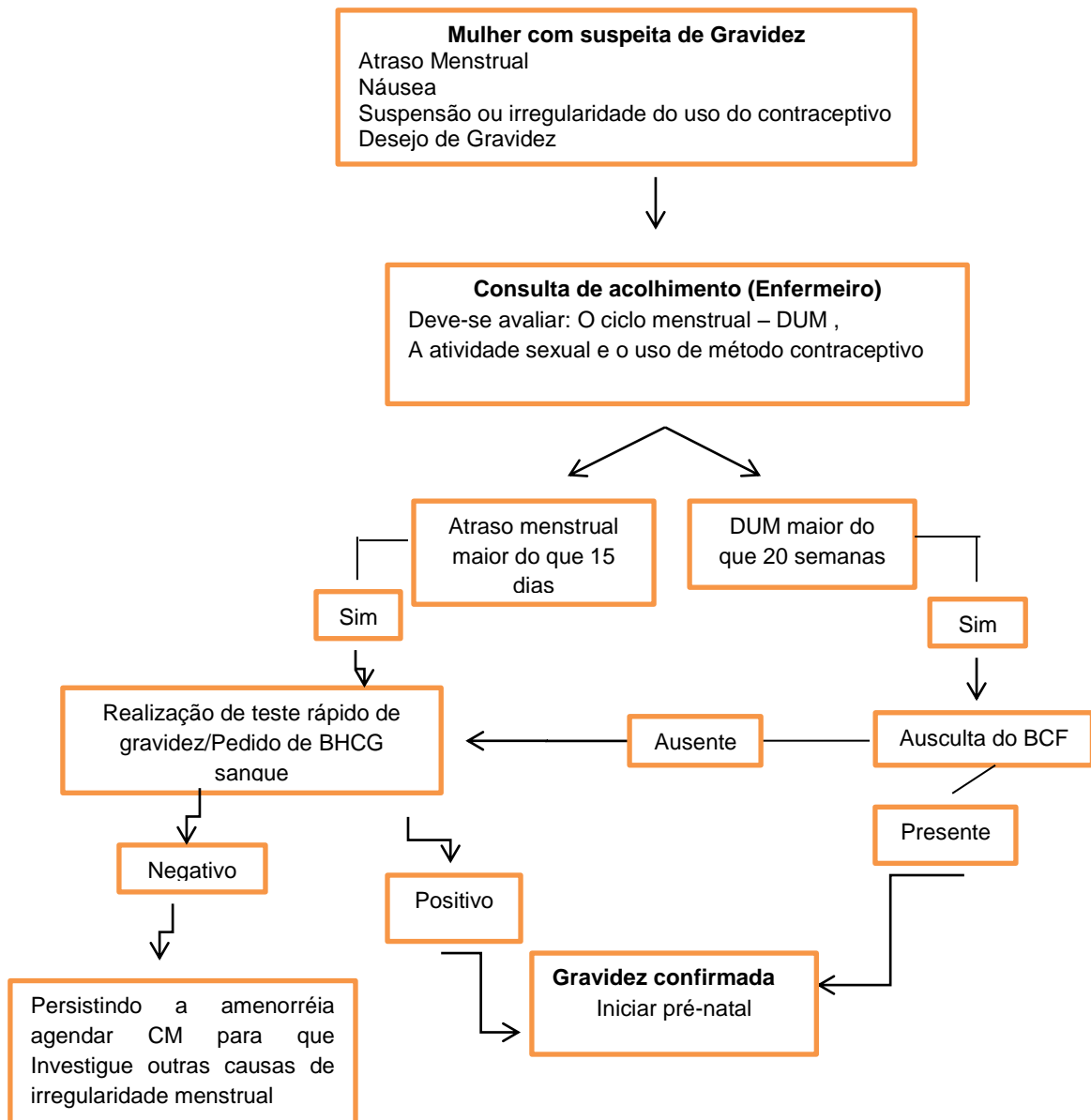
Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família.

Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

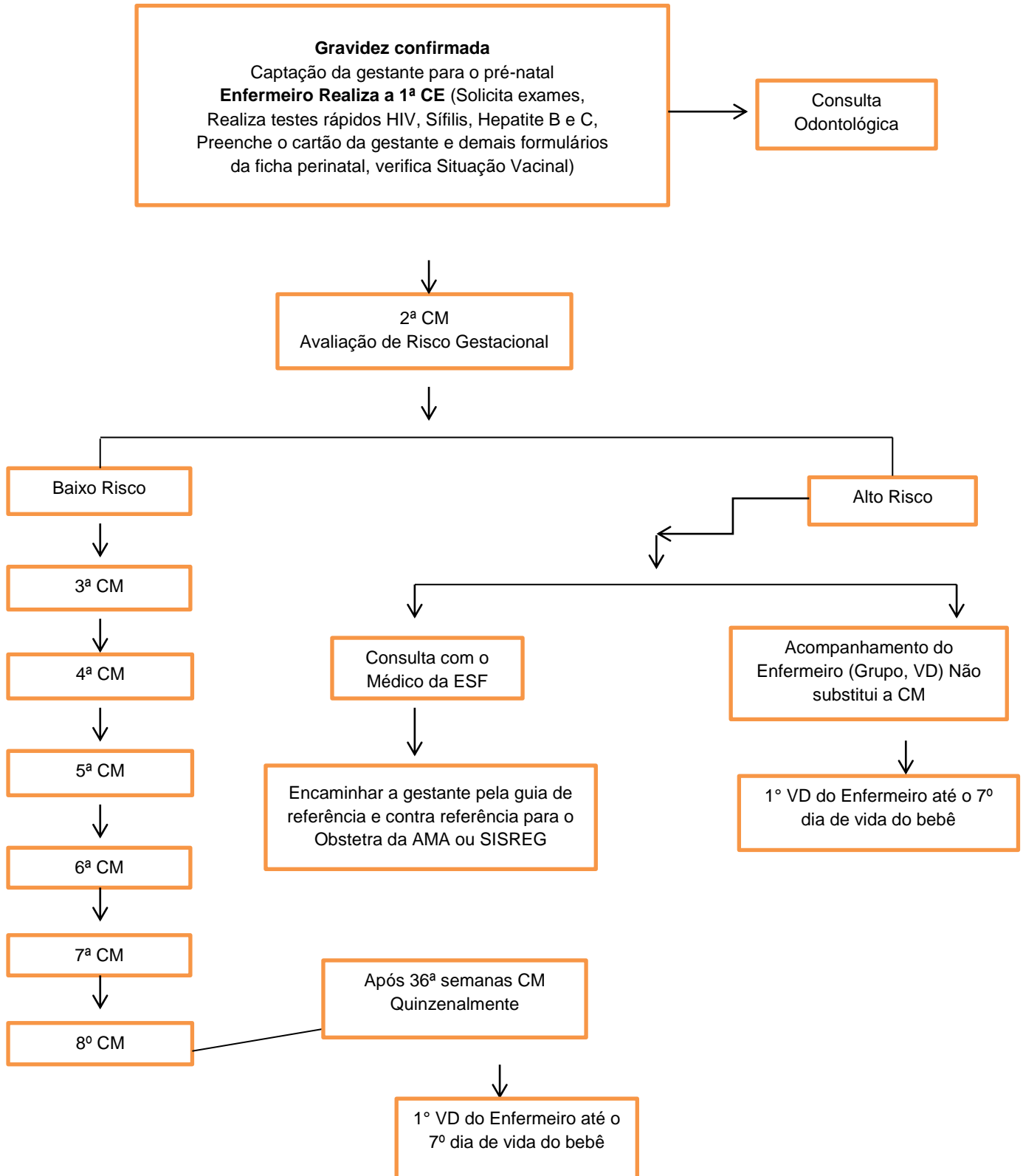
1 – DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica, de acordo com:



OBS: Na falta do teste rápido, pedir o BHCG

2 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL



3 – DA ENTRADA DA GESTANTE PARA A REDE MATERNA INFANTIL

Após confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, dá-se o início do acompanhamento da gestante, com o preenchimento dos seguintes formulários:

3.1 – Ficha de encaminhamento da gestante para o agente vinculador municipal (anexo I);

3.2 – Ficha perinatal (anexo II);

3.3 – Caderneta da gestante.

O cadastro da gestante deverá acontecer imediatamente na Unidade Básica de Saúde após a confirmação da gestação (situação ideal) ou no primeiro trimestre de gestação (situação mínima).

ATENÇÃO:

- Encaminhar ao agente vinculador o mais breve possível à ficha perinatal para a vinculação à maternidade;
- O mapa de vinculação de risco habitual (anexo VI) e de alto risco (anexo VII) deverá ser encaminhado até o dia 20 de cada mês para o agente vinculador.

4 – DA PRIMEIRA CONSULTA

4.1 – Deverá acontecer 24 horas após o cadastro (situação ideal) ou até uma semana após o cadastro (situação mínima);

4.2 – Avaliação Clínica;

4.3 – Cálculo inicial da DPP pela DUM;

- 4.4 – Estratificações do risco Gestacional (anexo III);
- 4.5 – Avaliação do calendário Vacinal;
- 4.6 – Solicitação de exames Complementares;
- 4.7 – Agendamento do retorno;
- 4.8 – Realizar Testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C;
- 4.9 – Solicitar US, obrigatoriedade da Rede Materno Infantil
- 4.10 – Preenchimento do Cartão da Gestante.

5 – DA SEGUNDA CONSULTA

- 5.1 – Avaliação Clínica;
- 5.2 – Confirmação da idade gestacional;
- 5.3 – Análise dos resultados de exames complementares;
- 5.4 – Acompanhamento da Estratificação do risco gestacional (realizada 1º consulta);
- 5.5 – Avaliação do calendário vacinal;
- 5.6 – Definição do Plano de Cuidado;
- 5.7 – Preenchimento do Cartão da Gestante;
- 5.8 – Agendamento do retorno.

ATENÇÃO: Prazo máximo: um mês após a primeira consulta, porém o retorno ideal com os resultados de exames é 15 dias para avaliação e correta classificação do risco.

6 – DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

6.1 – Avaliação Clínica;

6.2 – Confirmação da idade gestacional;

6.3 - Acompanhamento da Estratificação do risco gestacional;

6.4 – Reavaliação do Plano de Cuidado;

6.5 – Preenchimento do Cartão da Gestante;

6.6 – Agendamento do retorno.

ATENÇÃO:

- Mínimo de uma consulta mensal até 32^a semanas, quinzenal até 34^a semanas e semanal até o parto (médicas e de enfermagem alternadas);
- Todas as gestantes, de risco habitual (anexo IV) ou de alto risco (anexo V) a partir de 36 semanas deverão estar com o encaminhamento para a maternidade de referência.
- Todas as gestantes têm garantia a visita as maternidades vinculadas (risco habitual e alto risco) para gestantes após a 30^a semana, mediante a programação pactuada com as respectivas maternidades da rede para risco habitual e alto risco.

7 – DAS GESTANTES CLASSIFICADAS COMO ALTO RISCO

7.1 – Serão encaminhadas ao ambulatório municipal através de guia de referência ao obstetra, que terão que contra-referenciar a ESF de origem;

7.2 – A gestante continuará sendo acompanhada na ESF;

7.3 – A gestante terá direito de no mínimo de uma consulta médica e de enfermagem a cada mês, além de uma avaliação multiprofissional com nutricionista, psicólogo e assistente social.

8 – DA CONSULTA ODONTOLÓGICA

8.1 – Avaliação clínica odontológica e plano terapêutico.

ATENÇÃO: Prazo máximo: um mês após a primeira consulta.

9 – DOS EXAMES

9.1 – LABORATORIAIS

9.1.1 – 1º Trimestre

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (realizar para todas as gestantes Rh – e repetir o exame mensalmente);
- VDRL;
- Glicemia Jejum;
- EAS e urocultura com antibiograma;
- Anti HIV;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Rubéola IgM e IgG;
- HBsAg – Hepatite B;
- Citomegalovirus IgM e IgG
- Citopatológico de colo de útero (se necessário);
- Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Eletroforese de hemoglobina;
- Para as gestantes com alteração de níveis pressóricos realizar proteinúria 24 h.

9.1.2 – 2º Trimestre

- Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível;
- Glicemia Jejum;
- VDRL.

9.1.3 – 3º Trimestre

- Hemograma;
- VDRL;
- Anti HIV;
- EAS;
- Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível;
- Pesquisa de Streptococcus B.

9.1.4 – Exames adicionais preconizados para as gestantes de alto risco conforme disposto na Portaria nº 650/2011.

ATENÇÃO:

- Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados: Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou ELISA) e MAIS um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL). A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, encaminhar o paciente com o pedido para o laboratório. **Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.**
- A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, e as recomendações para a sua utilização constam no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) produzido pelo Ministério da Saúde e publicado em 2016;

OBS: As gestantes devem ser seguidas em intervalos mais curtos, mensalmente, para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

9.2 – OUTROS EXAMES

9.2.1 – Ultrassom Obstétrico

- Entre 11 e 13 semanas para datação;
- Entre 18 e 22 semanas para avaliação morfológica fetal.

9.2.2 – Ultrassom Obstétrico com Doppler – de acordo com avaliação clínica

9.2.3 – Cardiotocografiante parto – de acordo com avaliação clínica

9.2.4 – ECG – de acordo com avaliação clínica

9.2.5 – Ecocardiogramas materno e fetal – de acordo com avaliação clínica

10 – DOS MEDICAMENTOS PROFILÁTICOS

10.1 – Ácido Fólico

- Início pré-concepcional até 14^a semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal;
- Para prevenção de anemia materna até o final da gestação.

10.2 – Sulfato Ferroso

- Profilático: a partir do 5^o mês até o final da gestação;
- Terapêutico: nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação.

11 – DA IMUNIZAÇÃO

11.1 – Dupla adulto (dT - difteria e tétano) e/ou dTpa (difteria, tétano e coqueluche) tipo adulto

- Gestantes **NÃO** vacinadas previamente: administrar duas doses de vacinas contendo toxóides tetânico e diftérico e uma dose contendo os componentes difteria, tétano e coqueluche com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias - administrar duas doses de dT e uma de dTpa (preferencialmente entre 20^a e 36^a semanas de gestação);
- Gestantes vacinadas com uma dose de dT: administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 20^a e 36^a semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;
- Gestantes vacinadas com duas doses de dT: administrar uma dose da dTpa na 20^a a 36^a semanas de gestação;
- Gestantes vacinadas com três doses de dT: administrar uma dose de dTpa na 20^a a 36^a semanas de gestação;
- Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos: administrar uma dose de dTpa na 20^a a 36^a semanas de gestação;
- Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos e menos de 10 anos: administrar uma dose de dTpa na 27^a a 36^a semanas de gestação;
- Gestantes vacinadas com pelo menos uma dose de dTpa na rede privada: se aplicou dTpa em gestação anterior, aplicar dTpa na gestação atual na 20^a a 36^a semanas de gestação e seguir orientações acima

citadas. Se aplicou dTpa na gestação atual, seguir orientações acima citadas.

Atenção: *em áreas de difícil acesso a vacina dTpa poderá ser administrada a partir da 20ª semana de gestação. Gestantes que não foram vacinadas com a dTpa durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precoce possível.*

11.2 – Hepatite B

- Gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional: sem comprovação vacinal administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B;
- Em caso de esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada;
- Em situações de atraso vacinal, considerar intervalo mínimo de 60 dias entre a segunda e a terceira dose;

11.3 – Influenza

- Oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe.

12 – FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO

A estratificação (anexo 3) da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Assim, foram propostos dois outros estratos de risco: o Médio Risco, para caracterizar a presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual; e o Muito Alto Risco, para caracterizar um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela

presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema), riscos estes que podem ser identificados durante o pré-natal, definindo, previamente ao parto, fluxos assistenciais diferenciados, que muitas vezes serão realizados fora do território da região sul.

É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco. É diferente da identificação e classificação de risco de situações de urgência, como a pré-eclâmpsia ou a própria urgência do trabalho de parto.

Os pontos de atenção são definidos considerando os princípios de escala, qualidade e acesso, mas obedecendo, antes de tudo, à necessidade de saúde.

Assim, a estratificação de risco, identificando diferentes situações de gravidade, indica níveis também diferentes de necessidade de saúde, o que, por sua vez, define o tipo de cuidado que deve ser ofertado nos vários serviços.

O quadro a seguir simplesmente apresenta os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação.

ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO
Risco habitual	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual <u>Referência: Hospital Infantil Francisco de Assis</u>
Médio Risco	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual <u>Referência: Hospital Infantil Francisco de Assis</u>
Alto Risco	Unidade Básica de Saúde + Ambulatório de Alto Risco Municipal ou Regional e outros Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Maternidade de Alto Risco <u>Referência: Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim</u>

Muito Alto Risco	Unidade Básica de Saúde + Ambulatório de Alto Risco Regional e outros Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco (Regional ou Estadual) + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Maternidade de Alto Risco e/ou Hospitais que são referência para os fluxos especiais. Referência: <u>Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim</u>
------------------	--	--

13 – DO PUERPERIO

- A consulta deverá ser realizada até o sétimo dia para avaliar a vitalidade materna e do bebe, orientar sobre amamentação, vacinas e cuidados gerais da mãe e do RN;
- A consulta faz parte do sistema de acompanhamento da gestante na Rede Materno Infantil.

14 – DAS COMPETENCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

14.1 - Agente comunitário de saúde

- Realiza visitas domiciliares, identificando gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar ao enfermeiro ou ao médico de sua equipe, caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;
- Orienta sobre a periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e tratamento;

- Realiza a captação precoce de gestante para a 1º consulta e para consultas subseqüentes;
- Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

14.2 – Auxiliar e Técnico em enfermagem

- Orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal e da amamentação;
- Verifica o peso e a pressão arterial e anota os dados no Cartão da gestante;
- Participa das atividades educativas.

14.3 – Enfermeiro

- Responsável pelo cadastramento da gestante na Rede Materno Infantil;
- Responsável pela vinculação da gestante;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.;
- Realizar consulta e/ou acompanhar o pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc.;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realizar coleta de exame citopatológico;
- Realizar visita domiciliar de puerpério.

- Fazer busca ativa das gestantes faltosas.

14.4 – Médico

- Realiza consulta de pré-natal;
- Solicitar exames e orientar tratamento conforme as Normas Técnicas e Operacionais;
- Orientar gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identificar as gestantes de risco (através da estratificação de risco) e as encaminhar para a unidade de referência;
- Realizar coleta de exame citopatológico;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participar de grupos de gestantes e realizar visita domiciliar quando for o caso;
- Atender às intercorrências e encaminhar as gestantes para a unidade de referência quando necessário;
- Preencher guia de referência quando a gestantes atingir a 36ª semana de gestação. A referida guia deve ser entregue a gestante juntamente com o cartão da gestante e o quadro com o escore da estratificação de risco, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe da UBS e profissionais da maternidade.

15 – REFERÊNCIAS

- **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2016.** SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ES - SESA . SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – SRSCI. GRUPO CONDUTOR DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REGIONAL SUL
- ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL Manual Técnico / MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASÍLIA 2000
- Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011
- http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_perinatal_a_mbulatorio.pdf

ANEXO III - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

RISCO HABITUAL Até 04 pontos	MÉDIO RISCO De 04 a 09 pontos	ALTO RISCO De 10 a 40 pontos	MUITO ALTO RISCO Mais de 40 pontos	
Fatores	Critérios/Pontos			Pontuação
Idade da Gestante	Menor de 14 anos/ 1 ponto	De 14 a 34 anos / 0 ponto	Maior de 35 anos / 1 ponto	
Altura da Gestante	Menor que 1,45m / 1 ponto		Altura normal / 0 pontos	
Situação Familiar	Instável Sim (1 ponto) Não (0 ponto)		Aceitação da Gravidez Não (1 ponto) Sim (0 ponto)	
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0 ponto)		Não (1 Ponto)	
Tabagismo: É fumante?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)	
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)	
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)	
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)	
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)	
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0 Pontos)	Baixo Peso (IMC<18, 5Kg/m ²) Ganho de peso inadequado e ou anemia (1 Ponto)	Sobrepeso (IMC>25, 29,9Kg/m ²) (1 Ponto)	Obesidade (IMC> 30, + de 9Kg/m ²) (5 pontos)
Antecedentes Obstétricos	Até 2 abortos (05 Pontos)			
	Mais de 2 Abortos Espontâneos (10 Pontos)			
	Natimorto (05 Pontos)			
	Parto prematuro (05 Pontos)			
	Mais de 01 parto prematuro (10 Pontos)			
	Óbitos Fetais (05 Pontos)			
	História de recém-nascido com crescimento restrito ou Malformação Fetal (05 Pontos)			
	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (02 Pontos)			
	Eclampsia (10 Pontos)			
	Pré Eclampsia (05 Pontos)			
	Placenta Prévia e DPP (05 Pontos)			
	Incompetência Istmo-cervical (10 Pontos)			
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores (05 Pontos)				

	Diabetes gestacional (10 pontos)	
	Nuliparidade e grande multiparidade (05 pontos)	
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	Ameaça de aborto (05 Pontos)	
	Anomalia do Trato Geniturinário (05 Pontos)	
	Placenta Prévia (10 Pontos)	
	Câncer Materno (10 Pontos)	
	Isoimunização/Doença Hemolítica (10 Pontos)	
	Esterilidade Tratada (05 Pontos)	
	Neoplasia Ginecológica (10 Pontos)	
	Malformações Congênitas (10 Pontos)	
	CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10 Pontos)	
	Polidrâmnio e Oligodrâmnio (10 Pontos)	
	Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III) (10 Pontos)	
	DHEG, Diabetes Gestacional (10 Pontos)	
	Gestação Gemelar (10 Pontos)	
	Insuficiência Istmo-cervical (10 Pontos) - COM INDICAÇÃO DE CERCLAGEM	
	Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada (05 Pontos)	
	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (10 Pontos)	
	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10 pontos)	
	Diabetes gestacional (10 pontos)	
	Óbito fetal (10 pontos)	
	Condições Clínicas Preexistentes	Aneurismas (20 pontos)
Aterosclerose (05 pontos)		
Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico (05 pontos)		
Cardiopatias (15 pontos)		
Doenças auto-imunes, LES e outras colagenoses (15 pontos)		
Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05 pontos)		
Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellitus e tireoidopatias) (10 pontos)		
Epilepsia (10 pontos)		
Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, - MAIORES 5 CM OU SUBMUCOSOS, tumores anexiais e outros) (10 pontos)		
Nefropatias, Hemopatias, Pneumopatias e Hipertensão arterial (10 pontos)		
Trauma (10 pontos)		
Tromboembolismo (10 pontos)		
Doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIV e outras DSTs (10 pontos)		
Neoplasias (10 pontos)		
Intercorrências Clínicas	Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, toxoplasmose etc.) (10 pontos)	
	ITU – BAIXA – 05	
	ITU – REINCIDENTE – 10	
	ITU – PIELONEFRITE - 10	
	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias). (10 pontos)	
PONTUAÇÃO TOTAL		

Observações:

Nome, carimbo e assinatura do profissional responsável

