



Prefeitura de Tijucas - SC
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida.

Tijucas, março de 2018

ENFERMAGEM

**Secretaria Municipal de Saúde de
Tijucas**

Prefeito

Elói Mariano Rocha

Vice-prefeito

Adalto Gomes

Secretário de Saúde

Vilson José Porcincula

Gerente da Atenção Primária

Cassiana Pirath

Gerente da Rede de Atenção a Saúde

Lilian de Barros Sgrott

Autor

Jonas Goulart Joaquim

Joana Maraschim

Colaboradores

Ana Paula Dias

Edla Santos Constante

Reconhecimento do Conselho Municipal

Equipe Técnica

Camila Gallaretta Rolão

Cristiane Volmann Silva

Debora Perez de Souza Lima

Erica Margheti Kestring

Jonas Goulart Joaquim

Karla Daiana Machado

Maeve Coelho Moreira

Maria Aparecida Roselindo

Maria Elisa Vieira de Campos

Marina Gonzaga Cordeiro

Roberta Sandoval Prado Nogueira

Silvana Maria Cipriani

APRESENTAÇÃO

A saúde da mulher é um tema que faz parte da atenção primária no Brasil antes mesmo da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta a princípio tinha seu foco nas questões de saúde reprodutiva e foi ampliada com o objetivo de desenvolver a integralidade pretendida para o SUS.

A área técnica de saúde da mulher é responsável por desenvolver ações de assistência de pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras e população GLBTT.

Este é um novo documento focado no processo de trabalho do enfermeiro. Os temas abordados foram selecionados pela relevância na prática da enfermagem na atenção primária, e contribuirá para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem.

Para maiores detalhes e embasamento teórico sobre os assuntos citados, recomenda-se leitura de livros, Cadernos de Atenção Básica (Publicação do Ministério da Saúde) ou artigos científicos específicos.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

Quero deixar aqui meu agradecimento aos profissionais envolvidos na criação e desenvolvimento deste protocolo, que tem como foco maior a saúde da mulher e tem a finalidade de contribuir para uma assistência de qualidade, segura e de forma holística. É muito importante o desenvolvimento das ações na promoção, prevenção e atuação na saúde em prol dos usuários. Visando um pré-natal materno e paterno seguros, organizados e estruturados.

Parabenizo o Enfermeiro Jonas Goulart Joaquim e toda a equipe envolvida na criação deste protocolo, que vem buscando incessantemente atuar com responsabilidade e qualidade no atendimento de nossa querida população.

Vilson José Porcincula

Secretário Municipal de Saúde de Tijucas

Sumário

1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR	17
1.1 Preconcepção	17
1.2 Métodos contraceptivo.....	17
1.3 Contracepções de emergência	19
2 PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	19
2.1 EXAME GINECOLÓGICO	20
3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	22
4 REALIZANDO EXAME FÍSICO NA MULHER	24
5 SITUAÇÕES ESPECIAIS	26
5.1 Climatério e Menopausa.....	26
5.2 Sexualidade para a Mulher	26
5.3 Disfunções Sexuais	27
5.3.1.1 Vaginismo.....	28
5.3.1.2 Dispareunia	28
5.3.1.3 Alterações vasculares	28
5.3.2 Hipoestrogenismo.....	28
5.3.3 Condições Uroginecológicas	28
5.3.4 Infertilidade	29
5.3.5 Cistocele	29
6 PRÉ-NATAL	29
6.1 Acolhimento	29
6.2 Diagnóstico de Gravidez.....	30
6.3 Roteiro das consultas.....	30
6.4 Atribuições dos Profissionais de Saúde.....	31
6.5 Exames laboratoriais no Pré-Natal da gestante e interpretações.....	35
6.6 Exames laboratoriais no Pré-Natal do homem e interpretações.....	36
6.7 Exames laboratoriais e sua interpretação.....	37
6.8 Calculando a idade gestacional.....	42
6.9 Suplementação de ácido fólico.....	43
7 TÉCNICAS PADRONIZADAS PARA OS EXAMES CLÍNICO E OBSTÉTRICO	43
7 SINAIS E SINTOMAS DECORRENTES DA GESTAÇÃO	46
9 FLUXOGRAMA PRÉ-NATAL	51
10 VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO	52
11 VISITA DOMICILIAR	52
12 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	53

13 ATIVIDADES EDUCATIVAS	53
14 PUERPÉRIO.....	54
14.1 Cuidados pós-parto.....	54
14.2 Amamentação.....	54
14.2.1 Contraindicações da amamentação.....	57
14.2.2 HIV <i>versus</i> amamentação.....	57
14.2.3 Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação.....	58
15 DEPRESSÃO PÓS-PARTO	65
16 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO	66
17 MULHER VÍTIMA DE ABORTO	68
18 ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE GESTANTES	68

INTRODUÇÃO

A política pública municipal de saúde da mulher conta com atuação e envolvimento dos profissionais da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de suas diretrizes. Dessa maneira, a área de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - Tijucas lança a 1ª edição do PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER.

Visando com isso, o controle das linhas de cuidado da mulher já que estas constituem o maior número de usuárias da Atenção Primária à Saúde. Portanto é de suma importância a construção e desenvolvimento deste protocolo para que os profissionais das Unidade Básicas de Saúde (UBS) do Município de Tijucas/SC possam praticar suas atribuições com segurança e qualidade com respaldo ético, legal e científico.

O serviço será ofertado através do acolhimento e/ ou demanda espontânea através da entrevista e escuta qualificada, considerando as queixas trazidas pelo usuário. A equipe de saúde que é composta de uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família, enfermeiro especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Destes profissionais citados o enfermeiro tem autonomia para definir as ações de enfermagem na UBS e desenvolver de forma integral as atividades voltadas para a saúde da mulher. Com isso poderá estabelecer critérios e definir as necessidades de encaminhamento desse usuário para outra unidade de saúde.

Para garantir o acesso aos serviços, é necessário um compromisso com a implementação das ações de saúde da mulher no âmbito da Atenção Básica (AB), pois estas têm como objetivo a redução da morbimortalidade por causas preveníveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas na mulher e seus contextos, mas também a família e comunidade em geral, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa. Contribuindo dessa forma, na construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todos seus ciclos de vida.

Dado exposto, o Protocolo de Atenção Básica: Saúde da Mulher deste município, abrange temas como: pré-natal, puerpério, aleitamento materno, planejamento reprodutivo, climatério, atenção às mulheres em situação riscos de doenças e a prevenção das neoplasias que mais acometem a população feminina.

De maneira compassada a equipe mínima de Saúde da Família, assim como outras modalidades de equipes de Atenção Básica, desenvolvem atividades assistenciais, já os enfermeiros desenvolvem também ações gerenciais e são respaldados pela Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segue também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei nº 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e das outras providências e pelo Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a LEI nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e da outras providências. Bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 159/1993 que dispões sobre a consulta de enfermagem e a Resolução nº 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem nas unidades públicas e privadas.

Após a elaboração, foi realizada a etapa de validação interna, que consistiu em um processo de discussão do material por um conjunto de profissionais e gestores. Nesta etapa promoveu-se a análise técnica a fim de garantir o aprimoramento do material elaborado pela equipe de produção.

1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR

O Planejamento reprodutivo, também conhecido como familiar é caracterizado como um conjunto de atividades de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar o usuário a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e incluem adultos, jovens e adolescentes com vida sexual ativa com ou sem parceiros fixos, assim como os que se preparam para a sua vida sexual (HEILBORN, 2009).

Os elementos primordiais para a qualidade de atenção englobam: livre escolha dos métodos, informações fidedignas e completa para os usuários, técnica qualificada, bom relacionamento interpessoal-serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar na saúde.

Em 12 de janeiro de 1996 foi aprovada a Lei nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, pretendendo assegurar os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, referentes a saúde sexual e a saúde reprodutiva. É nesse cenário que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar, tanto para preconcepção como contracepção.

1.1 Preconcepção

Com o desenvolvimento da sociedade é natural que a mulher decida a melhor hora de engravidar. Com isso a saúde do casal é de suma importância para a fertilização e posterior gestação. Diante disso, o enfermeiro na consulta de enfermagem tem o dever de abordar o tema não só focando na prevenção, mas também na detecção e se necessário encaminhar fatores que podem interferir na fertilidade e concepção.

1.2 Métodos contraceptivo

Considerando os métodos anticoncepcionais existentes, enfatiza-se os seguintes aspectos: escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos e fatores individuais das situações que relacionam o usuário deste método (BRASIL, 2002), dentre estes aspectos, encontramos os diferentes métodos contraceptivos: naturais, hormonais, barreira e definitivos (PAZ, 2009).

Trazendo em consideração a realidade da AB no município de Tijucas, está descrito na sequência o método hormonal, onde os enfermeiros consideravelmente poderão ter domínio. Necessitando outros métodos que ainda não são esboçados pela AB, no entanto, com planejamento familiar podem ser alcançados em serviços de apoio e com orientação médica. Poder-se-á objetivar o recurso dos serviços, como: método de barreira e definitivo.

Métodos e técnicas com finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. Ação esperada em planejamento familiar, para a constituição de prole desejada e programada, de forma consciente. Existindo dois métodos reversíveis (comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais e os de emergência), e definitivos (esterilização cirúrgica feminina e esterilização cirúrgica masculina), este cirúrgico (POLI et al, 2009).

Acompanhe, a seguir, os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde (UFSC, 2016):

- Os comportamentais ou naturais (Billings, tabela, temperatura, sintotérmico);
- Os de barreira (camisinha masculina e feminina, diafragma com espermicida);
- O dispositivo intra-uterino (DIU) – medicado e não-medicado;
- Os anticoncepcionais hormonais orais (pílula) e não orais;
- Os cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), utilizados para a esterilização definitiva.

A tabela a baixo mostra a diferença entre os métodos hormonais (pílulas) disponíveis na AB, destas; espera-se a eficácia para inibição da ovulação, onde faz-se um bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise, reorganizando a liberação de muco cervical, tornando-o difícil à espermomigração, alterando o endométrio, modificando a contratilidade das tubas, bloqueando o transporte ovular e sua resposta (CURITIBA, 2002).

Anticoncepcional injetável mensal

- Conhecido como método reversível, maior índice de eficácia, com ação prolongada.
- Dose única mensal, IM, mesmo dia de cada mês; existindo interrupção, a mulher estará propensa a fertilidade.

Anticoncepcional injetável trimestral (Acetato de medroxiprogesterona)

- Menor chance de efeitos colaterais, devido a inexistência do estrogênio.
- Pode ser usado no pós-parto e durante a lactação e na presença de amenorréia.
- Primeira dose até o sétimo dia do ciclo menstrual.
- Aplicação IM.

Pílula anticoncepcional (ciclo 21) (acetato de noretisterona, levonorgestrel e desogestrel)

- Uso oral, em um ciclo de 21 dias. Com eficácia para inibição da ovulação.
- Não pode ser utilizado em mulheres grávidas e/ou com risco para gestação e/ou amamentando.

1.3 Contracepções de emergência

Conhecido como pílula do dia seguinte ou até mesmo, pílula pós-coital, utiliza-se compostos hormonais concentrados e por curto período nos dias seguintes da relação sexual, consistindo na utilização de pílulas contendo estrogênio ou progestogênio ou apenas este; depois de uma relação sexual desprotegida (BRASIL, 2010).

O método de uso para esta pílula, consiste no máximo até cinco dias após a relação sexual desprotegida, onde se ingere dois comprimidos de uma vez ou em duas doses; dispondo eficácia quanto mais rápido a pílula for usada (BRASIL, 2006).

2 PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Constituindo um dos problemas de saúde onde atingem mulheres em todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos com aproximadamente 80% desses casos, o Brasil está neste cerco, sendo primordial que os enfermeiros e as equipes da AB sigam na sensibilização das mulheres para a realização do exame de citologia oncológica e no autoexame das mamas, além da busca ativa durante as visitas domiciliares, consulta de enfermagem, grupos educativos, e reuniões com a comunidade.

Respaldados pela LEP 7498/86 que trata das atividades inerentes aos profissionais da Enfermagem, e as resoluções COFEN 195/97 onde prediz sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro, e 385/11 que enfatiza que normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau, que tratam para a organização deste protocolo e rastreamento das atividades a serem desenvolvidas.

2.1 EXAME GINECOLÓGICO

Torna-se pertinente o exame físico adequado, que incluem a consulta de enfermagem para análises em entrevista e anamnese, que em alguns casos confirma-se por exames laboratoriais, seguindo consecutivamente a conduta terapêutica.

Informamos que anamnese e o exame ginecológico não devem ser reduzidos apenas à queixa ginecológica e ao exame dos órgãos genitais, pois se sabe que muitas vezes o ginecologista é o médico assistente daquela paciente e nem sempre o exame pélvico é o elemento mais importante que permite o diagnóstico da doença que a acomete. Portanto, o exame físico geral consta, exame físico especial (mamas, axilas, baixo-ventre e regiões inguino-crurais), exame genital (avaliação de órgãos genitais externos e internos - exame especular e toque genital, vaginal e retal¹) e exames complementares (HELB et al, 2000).

O exame ginecológico encontra-se como satisfatório quando existe uma colaboração da paciente e do cuidado do profissional em demonstrar segurança em sua abordagem no exame. Havendo comunicação apropriada para entendimento da paciente/ cliente (HELB et al, 2000).

Reconhece-se que, não entram em condições especiais as mulheres até 20 anos de idade, gestantes, na pós-menopausa e imunossuprimidas com alterações celulares benignas (BRASIL, 2013).

Conforme MS, recomenda-se os seguintes critérios para detecção do exame citopatológico normal ou anormal:

- Exame citopatológico normal

Resultado normal	Seguir rotina de rastreamento normal
Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)	Existindo alterações celulares epiteliais, ocasionadas na maioria das vezes por

	agentes físicos (radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos), ou medicamentos abrasivos e cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Para este, recomenda-se seguir rastreamento citológico, com queixa clínica, encaminha-se à consulta ginecológica.
Resultado com metaplasia escamosa imatura	Segue-se rotina de rastreamento citológico.
Resultado indicando reparação	Fator de lesões da mucosa com exposição do estroma que pode ser ocasionado por qualquer agente determinante da inflamação. Segue-se rotina de rastreamento citológico.
Resultado indicando atrofia com inflamação	Desconhecido evidências clínicas, torna-se achado normal no período do climatério, seguindo rotina citológica, mencionando dificuldade para o achado clínico, necessitando um preparo estrogênico.
Resultado indicando radiação	Ocorre em tratamentos como radioterapia, recomenda-se rotina de rastreamento citológico.
Resultado indicando achados microbiológicos (Lactobacillus sp, cocos, outros bacilos)	Achados normais por fazerem parte da microbiota com ausência de sinais e sintomas, desconsiderar tratamento clínico, seguindo rotina para rastreamento citológico.

Fonte: Brasil, 2013.

- Exame citopatológico anormal

Configura-se a responsabilidade para o profissional da Saúde que colheu o exame citopatológico, explicar minuciosamente o significado do resultado anormal, que por sua vez bloqueia ambiguidades citopatológicas, necessitando firmar as condutas recomendadas, com encaminhamentos necessários, e os procedimentos, pois não afirmam diagnóstico definitivo (BRASIL, 2013).

3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Contribuindo para o que se possa ser bloqueado desde cedo, o câncer de mama pode ser curado um em cada três mulheres, destas, o medo tem alcançado constantemente para a descoberta do diagnóstico precoce, sinais e sintomas que podem ser visualizados nas fases iniciais, consecutivamente tratados antecipadamente, reduzindo a mortalidade, e alcançando melhores resultados nos tratamentos (INCA, 2014).

Com isto, os enfermeiros têm conhecimento científico tecnológico frente ao rastreamento do câncer de mama conforme diretrizes que respaldam a assistência deste profissional, perpassando nos seguintes critérios: rastreamento com mamografia, rastreamento com autoexame das mamas e rastreamento com exame clínico das mamas. Outros seguimentos de rastreamento, será conduzido através do encaminhamento a consulta médica, sendo estes, o rastreamento com ressonância magnética, rastreamento com ultrassonografia de mamária, rastreamento com termografia, e rastreamento com tomossíntese mamária.

A responsabilidade no acolhimento perfaz em toda a equipe da AB, sendo prioridade na Agenda da Política Nacional de Saúde, e tendo como método exemplar as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil 2015.

Para isto, encontramos os fatores de risco para desenvolvimento de câncer de mama são: Idade maior que 50 anos, menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos de idade, história pregressa ou familiar de câncer de mama, uso abusivo de álcool e/ou tabaco, excesso de peso, sedentarismo, exposição a radiação ionizante e terapia de reposição hormonal (TRH).

Observação:

Para coleta do exame em situações especiais, como pacientes com transtornos mentais ou menor idade, solicitar a presença de um membro da família e/ou colega de trabalho.

Nas mulheres virgens, a coleta do Papanicolau deve ser realizada pelo médico.

As ações de diagnóstico precoce permeiam os seguintes eixos: estratégias de conscientização, identificação de sinais e sintomas e confirmação diagnóstica de um único serviço. Pare demais podemos seguir as seguintes questões norteadoras ao quadro abaixo em que intitula o Ministério da Saúde (INCA, 2015).

Estratégia de conscientização	Implementar estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama.
Identificação de sinais e sintomas suspeitos	<ul style="list-style-type: none">• Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;• Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;• Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;• Descarga papilar sanguinolenta unilateral;• Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;• Presença de linfadenopatia axilar;• Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;• Retração na pele da mama;• Mudança no formato do mamilo.

Confirmação diagnóstica em um único serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupar o paciente a permanecer máximo possível em um mesmo centro de referência.
--	--

Fonte: Instituto de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015.

4 REALIZANDO EXAME FÍSICO NA MULHER

Quando realizar o exame físico, devemos considerar os seguintes critérios nas tabelas abaixo conforme:

a) Inspeção das mamas:

Inspeção Estática	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a cliente sentada, com tronco desnudo e os braços apoiados na coxa. • Observar: simetria, tamanho, contorno, forma, pigmento areolar, aspecto da papila, presença de abaulamentos e/ou retrações, saída espontânea de secreção e características da pele.
Inspeção Dinâmica	<ul style="list-style-type: none"> • A cliente permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços ao longo do segmento cefálico e que ela coloque as mãos atrás da nuca, fazendo movimentos de abrir e fechar os braços. <p>Observar: presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em caso de carcinoma.</p>
Palpação da região axilar	<ul style="list-style-type: none"> • A cliente permanece sentada. Apoia o braço do lado a ser examinado no braço do examinador.

Palpação da região supraclavicular	<ul style="list-style-type: none"> • A cliente permanece sentada. Palpar a região supraclavicular à procura de linfonodos palpáveis.
Palpação das mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a cliente em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar. • Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada.
Expressão da aréola e papila mamária	<ul style="list-style-type: none"> • A cliente permanece deitada. Pressionar a aréola entre os dedos polegar e indicador, observando presença de secreção. • Repetir o movimento na papila mamária.

Fonte: Protocolo de saúde da mulher - São Paulo 2003.

b) Inspeção ginecológica:

Inspeção da região vulvar	<ul style="list-style-type: none"> • Observar presença de lesões cutâneas da região ano vulvar como pediculose, intertrigo, eritema, eczemas das pregas gênitocrurais; lesões verrugosas (condiloma), lesões atróficas acentuadas, processos inflamatórios reacionais difusos. • Observar a distribuição dos pelos e do tecido adiposo e a morfologia da região pubiana (podem ser alteradas
----------------------------------	--

	<p>nas insuficiências hormonais ou em certas afecções cutâneas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar o vestíbulo (sede de ulcerações de várias naturezas), presença de hipertrofia do clitóris. • Observar o meato uretral em busca de anomalias de desenvolvimento, presença de secreções. • Observar o orifício vaginal em busca de secreções, presença de prolapso dos órgãos genitais internos. • Observar presença de abcessos da glândula de Bartholin.
Exame especular	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar o colo uterino anotando: cor, lacerações, lesões, ulcerações (deve ser feito na retirada do espécuro).

Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo 2003

Para algumas situações pertinentes a este procedimento descrevemos abaixo, em que o profissional enfermeiro possa se encontrar seguro para com sua assistência.

5 SITUAÇÕES ESPECIAIS

5.1 Climatério e Menopausa

Entendido pelo MS como uma fase biológica da vida e não um processo patológico perfazendo a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, como resposta, configura-se a menopausa, marco em que corresponde ao último ciclo menstrual, que é reconhecido após passados 12 meses de sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 anos aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

5.2 Sexualidade para a Mulher

Por se fazer entender, a sexualidade ainda é mero desconhecimento para as mulheres, assim como também para os homens, visto que, durante anos, o modelo de sexualidade dominante, normativo, aceito socialmente, é o que corresponde à sexualidade masculina, com influências psicológicas, e socioculturais, ligadas à saúde física e mental, buscando qualidade de vida e a auto - estima (BRASIL, 2008).

Assim como descreve Feitosa et al Máster e Johnson 2012, um dos hormônios mais importantes na relação da resposta sexual é a testosterona, pois age no cérebro em várias vias, entendendo o modelo sexual mais descritivo que se divide nas seguintes fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, considerando uma fase preliminar a resposta sexual, trazendo em primeiro ponto a fase do desejo, que mostra ser uma fase anterior a resposta sexual.

5.3 Disfunções Sexuais

Entendo que a sexualidade se torna grande influenciador a saúde física e mental, podendo ser por fatores orgânicos, emocionais e sociais; ou até mesmo o transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual, pode acarretar disfunções sexuais (FERREIRA, 2007).

Um dos critérios a serem analisados e informados conforme adequado conhecimento, são informações sobre a fisiologia da resposta sexual, problemas de ordem pessoal e sobretudo conflitos conjugais que são capazes de desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e consecutivamente alterar a sua resposta sexual (PHILLIPS, 2000).

Encontra-se uma disparidade frente aos valores publicados, resultando do tipo de população incluída nos estudos (idades, população em geral ou população clínica), envolvendo tipo de critérios utilizados para diagnóstico da disfunção. Visando isto ao que, muitas mulheres estarão em maior risco de desenvolver algum tipo de disfunção sexual no decurso das suas vidas por apresentarem determinados antecedentes pessoais (PAULETA, 2011).

Sendo assim, abaixo neste item encontram-se algumas alterações clínicas que facilitaram ao profissional enfermeiro (a) a desenvolver seu possível prognóstico e encaminhamento breve para o (a) medico (a) da Unidade de saúde.

5.3.1.1 Vaginismo

Condição clínica rara em que a penetração vaginal, seja pelo ato sexual, espéculo ginecológico ou outro objeto, é impedida. Associa-se a multiplicidade de fatores que incluem condições sociais, psicológicas, psiquiátricas, ginecológicas, psicanalíticas e sexológicas. Sua etiologia está ligada, principalmente, a traumas sexuais e educação sexual rígida, embora nem sempre essas associações possam ser feitas. É assunto sobre o qual existe grande desconhecimento, inclusive pelos médicos, o que torna sua abordagem difícil, muitas vezes iatrogênica. O tratamento inclui técnicas de psicoterapia cognitiva e comportamental, tratamento médico com ansiolíticos e anestésicos tópicos, além de uso de vasodilatadores vaginais (MOREIRA, 2013).

5.3.1.2 Dispaurenia

Dor genital persistente ou recorrente associada a estimulação sexual coital, que causa sofrimento pessoal e interpessoal. (PAULETA, 2011)

5.3.1.3 Alterações vasculares

Ocasionadas por diminuição do fluxo sanguíneo da vagina e do clitóris, provocam enrijecimento e esclerose de suas artérias cavernosas interferindo na resposta de relaxamento e dilatação que ocorre frente a um estímulo sexual (FERREIRA, 2007).

5.3.2 Hipoestrogenismo

Disfunção no eixo hipotálamo-hipófise castrações cirúrgicas ou medicamentosas são igualmente capazes de gerar disfunções sexuais. Outros fatores determinantes como queixas incluem à deficiência de estrogênio ou testosterona são o ressecamento vaginal, diminuição do desejo e disfunção da excitação (FERREIRA, 2007).

5.3.3 Condições Uroginecológicas

Incontinência urinária, cistites, infecções urinárias, vulvovaginites, e cirurgias ginecológicas também podem comprometer física e psicologicamente os símbolos de feminilidade podendo resultar em disfunção sexual (FERREIRA, et al. PHILLIPS, 2000).

5.3.4 Infertilidade

Desde que os achados clínicos evidenciem a situação de infertilidade; a OMS define a infertilidade como a incapacidade de um casal conseguir engravidar após um ano de relações sexuais sem contracepção.

5.3.5 Cistocele

Conforme compreendido pela Sociedade internacional de Continências (ICS), o prolapso genital é um descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior, assim como do ápice da vagina, afetando milhões de mulheres em todo o mundo.

Considerando uma hérnia do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal no canal vaginal, sugerindo fatores de risco, variando condições de pacientes para pacientes (Olsen AL, 1997).

6 PRÉ-NATAL

6.1 Acolhimento

A Unidade Básica de Saúde traduz uma triagem para atendimentos primários, sendo assim, faz-se necessário um acolhimento como instrumento de eficácia envolvendo todos os membros da equipe multiprofissional, não admitindo qualquer negligência. Competindo a funcionalidade de humanização, pressupondo a garantia da universalidade, equidade, oferecendo escuta qualificada e suporte necessário para um atendimento de responsabilidade buscando atender com primordialidade cada usuário (SOLLA, 2004).

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, exigindo dos profissionais da atenção básica capacidade para planejar, executar, organizar, desenvolver e avaliar ações que

respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA, 2006).

6.2 Diagnóstico de Gravidez

É de suma importância o seguimento do fluxograma da gravidez para confirmação da gravidez, que pode ser através do teste rápido de gravidez (ANEXO A). Este pode ser solicitado pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde. Após 15 dias do atraso menstrual, persistindo o atraso com resultado negativo, deve-se encaminhar a paciente para atendimento médico. Nos casos de atraso menstrual detectados após 12 semanas, somando quadro clínico e exame físico, deve-se dispensar teste rápido, iniciando solicitação de exames laboratoriais.

Existem outras formas de confirmar a gestação como por exemplo: ausculta de BCF, visualização fetal de imagem e percepção dos movimentos fetais pelo examinador. Somado a isso a presença de sinais e sintomas também é de extrema importância são eles: presença de tubérculos de Montgomery, cloasma gravídico, presença de linha negra, náusea e/ou vômito, pirose, aumento do volume uterino e mamário, mastalgia, galactorréia, sialorréia, polaciúria, tontura/fraqueza; sinais.

Dado o exposto é necessário promover o cuidado através de plano de acompanhamento que é feito mediante consultas intercaladas pelos médicos. A primeira consulta de Pré-Natal deve ser realizada pelo enfermeiro, que solicitará exames de laboratório compatíveis conforme descrição deste protocolo, realizar-se-á teste rápido, orientações para com o início da gestação, colher através da entrevista o histórico da gestante e familiares para colocar em prática a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (SMS/SP, 2010).

6.3 Roteiro das consultas

Reconhecendo as atribuições dos profissionais da Saúde na AB, torna-se importante, em todo o processo de assistência a realização de territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes com o objetivo de atualizar frequentemente as informações. Além de realizar o cuidado de enfermagem da unidade de saúde até o domicílio da gestante se necessário, ou em espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).

Neste sentido faz-se necessário a coleta de dados referentes a gestante antes de engravidar, o histórico familiar e os dados relacionados a gestações anteriores, gestação atual e específicos da consulta de pré-natal de rotina. É necessário registrar os dados no cartão da gestante para afastar as possibilidades de gestação de alto risco, e se necessário, encaminhar ao serviço especializado (OLIVEIRA, 2016).

Partindo disto, é importante a captação precoce (1º trimestre) de gestantes – a escuta qualificada de responsabilidade de toda a equipe, com ênfase à demanda espontânea, realizando todas as avaliações necessárias e registradas no prontuário da paciente, seguindo o seguinte cronograma:

- Até 36ª semana: consultas mensais
- Da 36ª até a 38ª semana: consultas quinzenais
- Da 38ª até 41ª semana: consultas semanais

Profissionais	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª Consulta	5ª Consulta	6ª Consulta	26ª Semanas	>32 Semanas
Enfermeiro	X		X		X			
Médico ESF		X		X		X	X	X
Cirurgião Dentista		X						

6.4 Atribuições dos Profissionais de Saúde

ATRIBUIÇÕES DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares para identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para gestantes quanto para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos da saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar todas as gestantes aos serviços de saúde, buscando promover sua captação precoce preenchidas no cartão DA GESTANTE;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes sobre periodicidade das consultas e realizar a busca ativa da gestante faltosa;
<ul style="list-style-type: none"> • Informar o (a) enfermeiro (a), médico (a) de sua equipe, caso a gestante apareça alguns dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mal cheiro, pera de

<p>sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar situações de risco e vulnerabilidades, encaminhar a gestante para consulta de enfermagem e/ou médico quando necessário;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação;
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar/realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL;
<ul style="list-style-type: none"> • Conferir as informações no cartão da gestante;
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no cartão das gestantes;
<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer medicação mediante receita, assim como medicamentos padronizados para o programa pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B;
<ul style="list-style-type: none"> • Informar o (a) enfermeiro (a) ou médico (a) da sua equipe, caso a sua gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para a consulta de enfermagem ou médica, quando necessária;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a gestante sobre o período das consultas e realizar busca ativa da gestante faltosas;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o cartão da gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado em cada consulta);
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a consulta do pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames complementares de acordo com protocolo municipal de pré-natal;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar teste rápido;
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal conforme protocolo
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a vacinação das gestantes
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exames clínicos das mamas e coleta para exame citopatológico, se necessário
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes e a equipe quando aos fatores de risco e a vulnerabilidade;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) enfermeiro (a);
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal,
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a vacinação das gestantes
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
<ul style="list-style-type: none"> • Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico, se necessário
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar testes rápidos;
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar vistas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a consulta odontológica do pré-natal de gestação de baixo risco;
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a vacinação das gestantes
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;

<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
<ul style="list-style-type: none"> • Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
<ul style="list-style-type: none"> • Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

Fonte: Protocolo – SMS - Florianópolis, 2010.

6.5 Exames laboratoriais no Pré-Natal da gestante e interpretações

1ª TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma, • Tipagem sanguínea, • e Fator Rh; 	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de tolerância para glicose com 75 g, (se a glicemia estiver acima de 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma; • Parcial de urina; • Urocultura;

<ul style="list-style-type: none"> • Parcial de Urina; • Urocultura; • Glicemia de jejum; • Toxoplasmose IgG/IgM; • Anti-HIV (ou teste rápido); • VDRL (ou teste rápido); • HBSAg (ou teste rápido); • Coombs (se Rh negativo) 	<p>85 mg/dl, ou se houver fator de risco – realizar este exame preferencialmente entre 24^o e a 28^o semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto (se for Rh negativo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia de jejum; • Anti-HIV (ou teste rápido); • VDRL (ou teste rápido); • HBSAg (ou teste rápido); • Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente.
--	---	--

Fonte: Protocolo – SMS - Florianópolis, 2016.

6.6 Exames laboratoriais no Pré-Natal do homem e interpretações

Como importante estratégia para a prevenção de vários agravos, aconselhamos a ampliação do acesso e a oferta de exames laboratoriais e testagens, permitindo uma redução das doenças transmissíveis na população, com promoção da saúde e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela AB. Consecutivamente levantando dados do perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade, com ênfase para a reformulação de estratégias para a prevenção e monitoramento (HERRMANN, 2016).

ABO – Rh
Glicemia de jejum
Sífilis (teste rápido)
VDRL
HIV/Anti-HIV (teste rápido)
Hepatite C
Hepatite B – HbsAg

Hemograma
Lipidograma
Dosagem de Colesterol HDL
Dosagem de Colesterol LDL
Dosagem de Colesterol total

6.7 Exames laboratoriais e sua interpretação

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
Hemograma	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina > 11g/dl – normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve e moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. • Anemia leve a moderada: 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. • Repetir hemoglobina em 60 dias. • Se anemia grave, realizar interconsulta com médico de família e encaminhar ao pré-natal de alto risco. • A anemia durante a gestação pode estar

		<p>associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.</p>
Tipagem sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> • Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicite o teste de Coombs indireto: • Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24^a semana; • Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamento medicamentoso conforme recomendação médica.
	TR negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir exame no 3^o trimestre e no momento do parto e em caso de abortamento.
Sorologia para LUES	VDRL positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar identificar mesmo antes do planejamento gravídico (teste rápido); • Quando encontrado achado clínico, realizar uma dose uma dose de penicilina por semana, durante três semanas. É importante que o tratamento inicie pelo menos 30 dias antes do

		nascimento do bebê para que ele nasça saudável (DIVE/ SC 2017).
	<ul style="list-style-type: none"> • VDRL negativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto e em caso de abortamento.
Urina tipo I	1. Proteinúria	<p>“traços”: repetir em 15 dias</p> <p>“traços”: + hipertensão e ou edema: referir ao pré-natal de alto risco</p> <p>“maciça”: referir ao pré-natal de alto risco</p>
	2. Piúria ou leucocitúria	<p>Solicitar urocultura com antibiograma.</p> <p>Referir ao médico</p> <p>Se ITU de repetição: alto risco.</p> <p>Se pielonefrite: referir a RUE</p>
	3. Hematúria	<p>se piúria associada, solicitar urocultura</p> <p>se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.</p>
	4. Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
	5. Outros elementos	Não necessitam condutas especiais, à exceção de presença de bacteriúria.

Hepatite B	Teste Rápido Não Reagente	Encaminhar para imunização
	Reagente	Solicitar HbeAg e transaminases Encaminhar ao serviço de infectologia.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl R	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
Glicemia em jejum	Maior que 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional. Encaminhar ao pré-natal de alto risco.
TOXOPLASMOSE	IgG reagente IgM não reagente	Imunidade remota
	IgG não reagente IgM não reagente	Susceptível Repetir no 3º trimestre
	IgG Reagente IgM Reagente	Infecção recente Fazer teste de avidéz de IgG na mesma amostra. Avidéz fraca: Encaminhar ao médico imediatamente Avidéz Forte: não há necessidade de mais testes

		IgG não reagente IgM reagente	Infecção recente: encaminhar ao médico imediatamente para iniciar tto. Fazer US mensal e repetir sorologias para toxo em 3 semanas. Confirma infecção se IgG reagir.
Dosagem de Colesterol HDL		Alto > 60 (acima de 20 anos (mg/dl). Baixo < 35 (menos de 20 anos (mg/dl). < 40 (acima de 20 anos (mg/dl).	<ul style="list-style-type: none"> • Quando paciente mantém resultado normal, mantém informação para o mesmo; • Quando paciente mantém resultado anormal, encaminha-o para a consulta médica.
Dosagem de Colesterol LDL		Ótimo < 110 (menos de 20 anos (mg/dl). < 100 (acima de 20 anos (mg/dl). Desejável 100 - 129 Limítrofe 110 – 129 (menos de 20 anos (mg/dl). 130 – 159 (acima de 20 anos (mg/dl). Alto > 130 (menos de 20 anos (mg/dl). 160 – 189 (acima de 20 anos (mg/dl). Muito alto > 190 (acima de 20 anos (mg/dl).	
Dosagem de Colesterol total		Desejável < 170 (menos de 20 anos (mg/dl). < 200 (acima de 20 anos (mg/dl).	

Limítrofe 170 a 199 (menos de 20 anos (mg/dl).

200 a 239 (acima de 20 anos (mg/dl).

Elevado > 200 (menos de 20 anos (mg/dl).

➤ 240 (acima de 20 anos (mg/dl).

Fonte: Protocolo – SMS. Prefeitura de Colombo, 2012/ protocolo -SMS. Prefeitura de Florianópolis 2016/RESENDE et al, 2009.

OBS: OS TESTES RÁPIDOS PARA GESTANTES E PARCEIROS, NO ESTADO DE SANTA CATARINA, SEGUEM AS ORIENTAÇÕES DA NOTA TÉCNICA Nº 001/DIVE/SES/2013 E PARECER COFEN Nº 26/2012.

6.8 Calculando a idade gestacional

É importante saber data da última menstruação (DUM), esta é mais confiável quando os ciclos são regulares e a menstruação tiver as mesmas características habituais de volume e duração, considerando possíveis efeitos de anticoncepcionais hormonais no ciclo (OLIVEIRA 2016).

Data provável do parto (DPP) é calculada pela Regra de Naegele, somando sete ao dia da última menstruação e subtraindo três ao mês (ou somando 9 ao mês se a DUM ocorreu em janeiro, fevereiro ou março). Quando essas somas ultrapassam 30 ou 31 para o dia e 12 para o mês fazer os ajustes como nos exemplos a baixo (OLIVEIRA, 2016).

Cálculo da data provável do parto (exemplo 1)

DUM: 11/04/2016	Somando 7 ao dia: $11 + 7 = 18$	Somando 9 ao mês: $4 + 9 = 13$
Se ultrapassa 12 na soma do mês, muda o ano, subtraindo 12 para encontrar o mês: $13 - 12 = 1$ / DPP = 18/01/2017.		

Cálculo da data provável do parto (exemplo 2)

DUM: 26/04/2017	Somando 7 ao dia: $26 + 7 = 33$	Somando 9 ao mês: $4 + 9 = 13$
-----------------	---------------------------------	--------------------------------

Se ultrapassar o número dos dias do mês, passar para o mês seguinte subtraindo 30 (ou 31 ou 28, conforme os dias do mês de transição) e considerar os dias que sobraram com a data.

DPP = 02/02/2018

6.9 Suplementação de ácido fólico

Indicado para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural e principalmente para as mulheres com história de recém-nato com defeito do tubo neural em gestações anteriores; com parentes em 1º grau que apresentaram defeito do tubo neural e aquelas tratadas com ácido valpróico ou carbamazepina. Com posologia de 5mg/dia de ácido fólico até 12ª semana de gestação. Podendo ser prescrito pelo profissional médico(a) ou enfermeiro(a) (SMS-FLORIANÓPOLIS, 2010).

7 TÉCNICAS PADRONIZADAS PARA OS EXAMES CLÍNICO E OBSTÉTRICO

Procedimento para pesagem:

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e tarada.
- A gestante, descalça e vestida apenas com o avental, deve subir na plataforma e ficar em pé, de frente para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio.
- Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima).

- Em seguida, mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja o equilíbrio entre o peso da escala e o peso real da gestante (o braço da balança fica em linha reta e o cursor aponta para o ponto médio da escala).
- Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor, com aproximação de até 100 gramas.
- Anotar o peso encontrado no prontuário, para efetuar o cálculo do peso ideal para a altura e registrá-lo no gráfico de percentual de peso ideal para a altura, no cartão da gestante e na ficha perinatal.

Procedimentos para medida da estatura:

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma, com os braços estendidos ao longo do corpo.
- Os calcanhares, nádegas e espáduas devem tocar a haste vertical da balança.
- 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 proceder à medida deverá baixar lentamente a haste vertical até que essa pressione suavemente os cabelos da gestante (estes, quando extremamente espessos, devem ser considerados).
- Fazer então a leitura na escala da haste de medir, com aproximação de até 0,5 cm. . Em seguida, anotar o resultado no prontuário.

Medida da pressão ou tensão arterial:

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) está calibrado.
- Com a gestante sentada, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço.
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo.
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar o diafragma do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-lo sob o manguito.
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos.
- Inflar o manguito rapidamente, até mais 30mmHg após o desaparecimento dos ruídos.

- Desinflar lentamente o manguito.
- Leitura: o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima); a pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde sofram marcado abafamento.
- Anotar o resultado na ficha e no cartão.

Medida da altura uterina: 12 semanas:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica, passando a mesma entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital a mão atingir o fundo uterino.
- Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina.

Detecção de edema nos membros inferiores:

- Posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias; pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, ao nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial, ver figuras 3 e 4).
- Na região sacra: posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias; pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado através da presença de uma depressão duradoura no local pressionado.
- Na face e em membros superiores: identificar a presença de edema pela inspeção.
- Identificação da situação e apresentação fetal: A identificação da situação e da apresentação fetal é feita através da palpação obstétrica, procurando identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal. O feto pode estar em várias situações ou apresentações. As mais comuns são: longitudinal e transversa (situações) e cefálica e pélvica (apresentações). Conduta: a situação transversa e a apresentação pélvica em

final de gestação podem significar risco de parto. Referir, sempre, a gestante para parto hospitalar. Na impossibilidade, realizar o parto domiciliar, quando realizado por profissionais qualificados.

Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs) com estetoscópio de Pinard:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação deve-se perguntar à gestante em qual lado ela mais sente os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto.
- Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal.
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio.
- Fazer, com a cabeça, uma leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo.
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCFs, na região do dorso fetal.
- Controlar o pulso da gestante, para certificar-se que os batimentos ouvidos são os fetais, já que as frequências são diferentes.
- Contar os batimentos cardíofetais por 1 minuto, observando sua frequência e ritmo.
- Registrar os BCFs na ficha perinatal e no cartão da gestante.

7 SINAIS E SINTOMAS DECORRENTES DA GESTAÇÃO

Condizem em alterações fisiológicas da gravidez que produzem manifestações sobre o organismo da mulher, conduzindo para uma adequada interpretação e orientação à mulher, sempre com ênfase às queixas. Na tabela a baixo estão descritas algumas orientações e sinais/sintomas ocasionais que diminuem ou desaparecem com orientações básicas, sendo alimentação, posturais, sem uso de medicações, destes evitados o máximo (SMS/SP, 2010).

Sinais e sintomas decorrentes da Gestação - Orientação das intervenções:

SINAIS E SINTOMAS:	INTERVENÇÕES:
NÁUSEA, VÔMITO E TONTURAS	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que são sintomas normais na gestação;

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover dieta fracionada, sendo seis refeições leves ao dia, evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, ingerir alimentos sólidos e leves antes de levantar-se pela manhã; • Não havendo melhoras, encaminhar a consulta médica para prescrever antieméticos.
PIROZE	<ul style="list-style-type: none"> • Manter dieta fracionada, evitando frituras, ingerir água gelada, evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.
SIALORREIA	<ul style="list-style-type: none"> • Sinal normal na gestação; • Orientar dieta igual a náusea e vômito; • Orientar para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).
FRAQUEZAS E DESMAIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar mudanças bruscas de posição e evitar inatividade; • Dieta fracionada; • Quando sentar-se manter cabeça abaixada, ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profundamente e pausadamente, alivia a sensação de fraqueza e desmaio; • Ingerir líquidos; • Avaliar Pressão Arterial.
DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIAS E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Certificar-se de que não seja contração uterina;

	<ul style="list-style-type: none"> • Havendo flatulência e/ou obstipação intestinal, orientar dieta rica em resíduos, aumentar ingestão hídrica, caminhadas leves; • Solicitar exame parasitológico, se necessário.
DOENÇA HEMORROIDÁRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer dieta, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina; não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após defecação; fazer banhos de vapor ou compressas mornas; agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.
CORRIMENTO VAGINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação. • Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal. • Agendar consulta médica, se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido. Nestes casos, ver condutas no Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis.
QUEIXAS URINÁRIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga).

	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar consulta médica, caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.
FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR	<ul style="list-style-type: none"> • Esses sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero e ou ansiedades da gestante: recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo; ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso; estar atento para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar (batimentos cardíacos arrítmicos, sopros, sibilos, estertores pulmonares) pois, embora infreqüentemente, pode tratar-se de um caso de doença cardíaca ou respiratória. Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita.
MASTALGIA/ DESCARGA PAPILAR	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária.
DOR LOMBAR	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar à gestante: correção de postura ao sentar-se e ao andar; uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis; aplicação de calor local; eventualmente, usar analgésico (se não for contraindicado), por tempo limitado.
CEFALÉIA	<ul style="list-style-type: none"> • Afastar hipertensão arterial; • Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

	<ul style="list-style-type: none"> • Referir à consulta médica, se persistir o sintoma.
SANGRAMENTO NAS GENGIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar o uso de escova de dentes macia e massagem na gengiva. • Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.
VARIZES	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar à gestante: não permanecer muito tempo em pé ou sentada; repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas, e se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante.
CÁIMBRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar à gestante: massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local; evitar excesso de exercícios.
CLOASMA GRAVÍDICO	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto; • Recomendar não expor o rosto diretamente ao sol; • Usar protetor solar com FPS 30.
ESTRIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias que no início se apresentavam cor arroxeadas tendem,

	<p>com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias dermatológicas oleosas, na tentativa de preveni-las ou minimizá-las.
--	--

Fonte: Protocolo - SMS/SP, 2003/ 2010.

9 FLUXOGRAMA PRÉ-NATAL

ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS
Captação precoce	Todos, com ênfase para o ACS
Diagnóstico de gravidez – BHCG (Hormônio Beta Gonadotrofina Coriônica) ou Teste Rápido de Gravidez (TRG)	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Informação / orientação em saúde	Multiprofissional
Consulta de pré-natal de baixo-risco	Médico(a) e enfermeiro(a) de forma alternada
Classificação de risco gestacional	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Solicitação e avaliação de exames laboratoriais de rotina e USG obstétrica	Médico(a) ou enfermeiro a)
Solicitação de exames complementares	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Prescrição de medicamentos gerais	Médico(a)
Prescrição de Ácido Fólico e Sulfato Ferroso	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Prescrição de vacinação antitetânica (dupla adulto)	Multiprofissional
Visita domiciliar	Multiprofissional
Registro no cartão e ficha perinatal	Multiprofissional
Encaminhamentos para visita à maternidade	Multiprofissional
Registro no SISPRENATAL	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consulta odontológica	Cirurgião-dentista(a)
Consulta da gestante HIV	Infectologista e gineco-obstetra de referência.

10 VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO

Compreendendo um conjunto de cuidados e procedimentos que engloba o cuidado a gestante e do concepto, a vacinação assegura uma profilaxia e detecção precoce das complicações próprias tanto da gestação quanto ao tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes (PACHECO, 2012).

CALENDÁRIO GESTANTE

VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITÁVEIS
Hepatite B – a depender da situação vacinal	3	Hepatite B.
Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto – a depender da situação vacinal.	Doses ou reforços	dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche
Influenza (gripe)	Dose única anual	Gripe A
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
Dengue	Não vacinar na gestação.	Contraindicada para mulheres amamentando.

Fonte: Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2017/2018.

11 VISITA DOMICILIAR

Vem com objetivo de atender a mulher e a família no ambiente em que vivem, desta previamente agendada pela Agente Comunitária de Saúde, envolvendo os

cuidados com o recém-nascido (RN) e a puérpera, identificando soluções para adaptações em domicílio, favorecendo o acolhimento ao RN (SMS/SP, 2003).

Conforme mencionado por SMS/SP 2003, ao seguinte plano de cuidados pela equipe:

- Monitorar amamentação e cuidados com as mamas;
- Rever conhecimento da gestante frente ao cuidado com o concepto;
- Conhecer a estrutura familiar e seu espaço físico;
- Envolver família com a rede de apoio quando necessário;
- Conhecer tipo de parto e/ou possíveis intercorrências;
- Programar a consulta médica de puerpério após 40 dias.

12 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Orientamos o agendamento para as gestantes à consulta odontológica após a primeira consulta do pré-natal, conforme menciona SMS – Florianópolis, 2010, na necessidade de intervenções sob anestesia (lidocaína com adrenalina 1:100.000), devem ser feitas, de preferência no segundo semestre da gestação, onde oferece maior segurança para o feto.

Seguem alguns critérios de orientação para a consulta odontológica:

- Anamnese: intercorrências na gravidez, queixa principal, inquérito de saúde.
- Exame clínico bucal.
- Preenchimento da ficha clínica odontológica, com posterior planejamento do tratamento odontológico.
- Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- Encaminhamentos e retornos quando necessário.

13 ATIVIDADES EDUCATIVAS

É necessário a criação de grupos operativos terapêuticos na gestação, para facilitar o envolvimento da gestante com a unidade de saúde e equipe, para isto, se faz em alguns temas: mudanças fisiológicas no corpo, evolução do feto, sexualidade, aspectos emocionais, atividade física, alimentação, auto - cuidado e auto – estima, trabalhar mitos e tabus com a gestante e família, direitos trabalhistas na gestação,

imunização, amamentação, cuidados com o RN, sinais de parto, puerpério, planejamento familiar, gestantes vítimas de violência, gravidez na adolescência e depressão pós-parto (SMS/SP, 2003).

14 PUERPÉRIO

14.1 Cuidados pós-parto

Os cuidados no puerpério, vai muito além do individual, pois caracteriza-se a assistência com uma relação entre puérpera e RN. Incluindo abordagens do 5º dia (abordagem simultânea da mãe e neonato), visita domiciliar puerperal e consulta de controle pós-parto até o 42º dia após o parto, além de consultas e intervenções geradas por demandas espontâneas do puerpério (OLIVEIRA, 2016).

Com responsabilidade a puérpera deve comparecer na Unidade Básica de Saúde ou receber a visita domiciliar pela Equipe de Saúde da famílias para os cuidados integrados da puérpera e nenonato listados abaixo (OLIVEIRA, 2016).

- Verificar a evolução do bebê (icterícia, amamentação, evolução do peso).
- Pesquisar sinais de complicações puerperais (lóquios, sinais de sangramento, corrimento, depressão, dor, etc.).
- Avaliar como está evoluindo a amamentação, esclarecer dúvidas da mãe e orientar sobre as dificuldades observadas no cuidado do bebê e no autocuidado.
- Identificar e/ou encaminhar para realização dos testes (auditivo, oftalmológico, pezinho, coração).
- Agendar primeira consulta de revisão pós-parto e a primeira consulta de puericultura do bebê.
- Conversar e orientar sobre planejamento familiar e anticoncepção.

14.2 Amamentação

Por tempos o aleitamento materno vem sendo afirmado sobre sua importância, principalmente nos primeiros seis meses. No entanto é importuno reconhecer a dificuldade muitas das vezes em fazer entender a genitora sobre os cuidados para o aderir a amamentação. Isto está caracterizado ao longo dos tempos e distintos espaços em seus significados em interpretações culturais (ALMEIDA, 1990).

Portanto, salientamos para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, como a principal porta de entrada, perfazendo o entendimento do fazer ser a primeira escolha da usuária (puérpera), a realização de ações propugnadas como orientação, informando a mulher sobre as vantagens em ofertar o seio a seu filho e para responsabilizá-la pelos resultados futuros, sendo eles positivos ou negativos (ALMEIDA, 1990).

Reconhece-se que o aleitamento materno além de servir para manter uma nutrição sadia, específica, e rica em nutrientes em forma vertical mãe – criança, relaciona-se uma proteção para o receptor (bebê) a caracterização de uma possível imunidade, por ação em patologias, onde tem exigido maior foco na Atenção Primária a Saúde, como cólera e dengue, sendo estes combatidos por agentes específicos do leite humano (ALMEIDA, 1990).

Sendo assim, segue a baixo as definições do aleitamento materno conforme menciona MS 2009:

- **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe, além do Aleitamento materno predominante leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno:** quando a criança recebe leite materno (direto da mama Aleitamento materno ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe, além Aleitamento materno complementado do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite Aleitamento materno misto ou parcial materno e outros tipos de leite.

Nisto destacamos a importância do aleitamento materno descrevendo causas combatidas, tornando este método superior à outras espécies. São vários os

argumentos, como por exemplo: evita mortes infantis, evita diarreia, evita infecção respiratória, diminui o risco de alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, proteção contra câncer de mama, evita nova gravidez, melhores custos financeiros, promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho e melhor qualidade de vida.

Recomendamos vigilância e orientação a mãe, nos cuidados do aleitamento materno, perfazendo conforto e boa pega do bebê a mama, evitando a incapacidade deste em alcançar e/ou abocanhar a mama de retirar o leite efetivamente, assim como deglutir e respirar livremente; seguindo com as técnicas recomendadas a seguir (MS, 2009):

- As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres.
- A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para a frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banquetinha pode ser útil).
- O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga?
- O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)?
- O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe?
- O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas?
- O pescoço do bebê está levemente estendido?
- A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre? Não se recomenda que os dedos da mãe sejam colocados em forma de tesoura, pois dessa maneira podem servir de obstáculo entre a boca do bebê e a aréola.
- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo?
- A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito?

- O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2cm além do mamilo)? É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas e a língua.
- O queixo do bebê toca a mama?
- As narinas do bebê estão livres?
- O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios?
- Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um lacre? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.
- A língua do bebê encontra-se sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua.
- A língua do bebê está curvada para cima nas bordas laterais?
- O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo?
- As mandíbulas do bebê estão se movimentando?
- A deglutição é visível e/ou audível?

14.2.1 Contraindicações da amamentação

Facilitando o controle na interrupção do aleitamento materno, com segurança e criterioso acompanhamento, é necessário que a gestante e o concepto sejam avaliados mensalmente pelos enfermeiros, nutricionista e médico da AB, lembrando que o aleitamento materno é uma prática fundamental e importante para a mãe, a criança e a sociedade em geral, de forma incentivada e protegida, salvo em alguns casos excepcionais (SMS/FLORIANÓPOLIS, 2016).

14.2.2 HIV *versus* amamentação

Reconhece-se o crescimento da epidemia da AIDS, que em mulheres, resultou ao aumento do número de casos em crianças, por maioria ser transmissão vertical, no qual o HIV pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gestação, durante o parto e a amamentação (MORENO, 2006).

Com isto, faz-se necessário contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra, assegurando uma nutrição adequada do bebê, neste

protocolo segue em anexo quadro de condições clínicas maternas quanto à contraindicação (SMS/FLORIANÓPOLIS, 2016).

14.2.3 Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação

Existem alguns problemas enfrentados pelas puérperas no aleitamento materno, sendo importantes causas de interrupção se não forem solucionados precocemente, com importante prevenção e manejo das condições, seguindo abaixo principais dificuldades e manejo (BRASIL/MS, 2015).

Queixa	Por que ocorre	Manejo
O bebê não suga ou tem sucção fraca	<ul style="list-style-type: none"> • Por vezes causa desconhecida, sendo caracterizado por uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao se posicionar; • Mamas ingurgitadas, mamilos não planos ou invertidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a mama regularmente (no mínimo cinco vezes); • Manter insistência nas mamadas.
O leite demora a descer	<ul style="list-style-type: none"> • Causa que pode durar de três a quatro dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Com tranquilidade a mãe, pois o bebê pode ser alimentado por meio da translactação, que consiste em colocar o leite de preferência humano (pasteurizado), em um recipiente (copo). O recipiente deve ser colocado abaixo das mamas, a ponta da sonda (sonda

		<p>nasogástrica nº 4 ou 6) deve ser colocada dentro do copo de leite e a outra junto ao mamilo. O bebê se alimenta enquanto suga o leite e ao mesmo tempo estimula a lactação.</p>
<p>Pouco leite ou leite fraco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção da mama murcha pela mãe, sempre acompanhado pelo peso alterado do bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros); • Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar); • Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas; • Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos; • Aumentar a frequência das mamadas; • Dar tempo para o bebê esvaziar as mamas; • Oferecer as duas mamas em cada mamada; • Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma mamada;

		<ul style="list-style-type: none"> • Após a mamada, ordenhar o leite residual.
Mamilos planos ou invertidos	Apesar de dificultar o início da amamentação, não impede o aleitamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação; • Ajudar a mãe a fazer o bebê abocanhar os mamilos e parte da aréola, para isso é necessário que a aréola esteja macia; • Tentar posições diferentes e observar em qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor; • Enquanto o bebê não sugar efetivamente o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com copo (copinho com bordas arredondadas e finas) ou seringa.
Ingurgitamento mamário	<ul style="list-style-type: none"> • Surge o aumento da vascularização da mama, mais congestionamento com retenção de leite nos alvéolos e progressivo edema com obstrução do sistema linfático; • Ocorre após 3 a 5 dias do parto, podendo acontecer 	<p>Quando ocorre por estado fisiológico: existe ingurgitamento discreto, e o leite flui com facilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentar o mais cedo possível, logo após o parto; • Amamentar em livre demanda, sem

	<p>em qualquer momento da lactação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser fisiológico ou patológico. 	<p>horários pré-estabelecidos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar técnica correta da amamentação; • Evitar uso de água, chás e outros leites, para o bebê. <p>Quando ocorre por estado patológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecto da mama: distendido, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, podendo apresentar áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, ocorrendo na maioria das vezes febre e mal estar. • Ordenha manual antes das mamadas; • Mamadas frequentes; • Massagem delicada nas mamas, com movimentos circulares, principalmente nos pontos mais ingurgitados; • Uso do sutiã com alças largas e firmes,
--	---	---

		<p>para sustentação anatômica das mamas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mama deve ser ordenhada manualmente, se o bebê não sugar; • Prescrever analgésicos: Paracetamol 500 mg 6/6 horas / Dipirona 500mg 6/6 horas.
<p>Lesões ou Dor nos mamilos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionado por traumas, ou até mesmo disfunções orais na criança, uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe deve evitar o uso de óleos, cremes, sabonetes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; • Sempre observando a mamada e corrigir a pega, quando necessário; • Sempre ordenhar antes das mamadas quando a mama estiver tensa. • Amamentar sempre que a criança demonstrar necessidade; • Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita que o bebê sugue

		<p>com força para desencadear o reflexo;</p> <ul style="list-style-type: none">• A mama menos afetada deve ser a de primeira escolha;• Observar presença de anquiloglossia;• Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada;• No caso, de fissuras/rachaduras nos mamilos enxaguar com água limpa após as mamadas;• Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Se dor, prescrever analgésico. • Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.
Mastite	<ul style="list-style-type: none"> • Processo inflamatório, podendo levar a uma infecção ou não. Causa dolorosa, levando ao comprometimento do estado geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mastite não infecciosa – dor, edema, calor local, febre, calafrios e mal-estar.
Abscesso mamário	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionado por mastite não tratada, com diagnóstico feito através do quadro clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica-se a presença de nódulo rígido e que não diminuí, caracterizado por febre e dor que não cessa. • Encaminha a consulta médica.
Candidose (infecção da mama por candidíase)	<ul style="list-style-type: none"> • Sendo muitas das vezes a criança quem transmite o fungo; • Sempre atentar para manchas esbranquiçadas na boca da criança, quando estas saem sem machucar pele e tecido, desconsidera cândida sp; • A mãe quando exposta à cândida sp. costuma apresentar prurido, 	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre enxaguar os mamilos após as mamadas, secá-los e mantê-los arejados; • Utilizar panos limpos e secos; • Sempre ferver chupetas e bicos quando utilizados; • Mãe e criança devem ser tratados por igual; • Nistatina solução oral - passar na mucosa

	<p>sensação de queimadura e dor tipo agulhadas.</p>	<p>oral da criança, 1 contagotas (1ml), por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período;</p> <p>Observação: um grande número de espécies de cândida é resistente a nistatina.</p> <p>Se o tratamento tópico falhar, encaminhe para consulta médica</p>
<p>Anquiloglossia (freio lingual curto/língua presa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de anomalia congênita na criança, levando ao desconforto e dor na pega da mama, prejudica a capacidade de o bebê se amamentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Causa corrigida por cirurgia quando apresenta dificuldade na amamentação. Sendo encaminhado para serviços especializados.

Fonte: Protocolo - SMS/FLORIANÓPOLIS, 2016.

15 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Conforme estudos vem nos mostrando, a depressão pós-parto é condição que afeta 10% a 15% das mulheres no pós-parto, com início em algum momento do pós-parto, com maior probabilidade entre a quarta e a oitava semana após o parto. Condição manifestada por conjuntos de sintomas como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações (Schmidt et al, 2005).

Apesar de a depressão pós-parto ser constituída por área pouco conhecida e conseqüentemente pouco pesquisa. Torna-se primordial a vigilância para sinais e

sintomas caracterizados por estresse, ansiedade e fatores psicossociais, deste envolvendo exacerbações dos sintomas psíquicos, predisposições, situações ou experiências, primiparidade, história familiar e pessoal de transtorno mental pós-parto (SILVA, 2005).

16 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Fortalecendo o que já se vem construindo como importante marco na Saúde Pública no Brasil e até mesmo em outros países, o Pré-natal do parceiro vem sendo aprimorado para uma construção mais sólida e enriquecedora em planejamento familiar. Entendendo a gestação como um momento especial repleto de significados e emoções para a família e um acontecimento que demanda uma série de ações. Desta, muito homens de diferentes idades demonstram desejo em estar presentes efetivamente das consultas e acompanhamentos no pré-natal, compartilhando decisões importantes até o crescimento desta criança (ANGELITA, 2016)

Como menciona em foco determinado, a PNAISH traz consigo uma perspectiva da inclusão do tema abordado, com debates e ações para o planejamento reprodutivo como estratégia essencial para a qualificação da atenção à gestação, ao parto, e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados (ANGELITA, 2016).

Aprimorando o conhecimento a ser firmado, segue a baixo características importantes para a concretização e realização do pré-natal paterno (ANGELITA, 2016).

- Disseminar imagens e mensagens positivas sobre pais e paternidade, reconhecendo a importância do papel dos pais para a socialização e a educação das crianças, considerando a complexidade deste papel, muito além da visão tradicional onde pai significa apenas provedor.;
- Sensibilizar e qualificar os trabalhadores da saúde para acolher e envolver os pais/parceiros desde o teste de gravidez, permitindo que estes se identifiquem com a proposta e possam vincular-se desde cedo a esta criança que virá a nascer, com especial atenção aos pais adolescentes e jovens;

- Explicar para a gestante e para o pai/parceiro os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, desde as consultas de pré-natal até o momento do parto e do pós-parto;
- Informar a população sobre os direitos dos pais, como por exemplo, a licença paternidade de 05 (cinco) dias, garantidos por lei.
- Incentivar e orientar pais e mães sobre a importância do registro civil de nascimento de seus filhos(as), com especial atenção para pais e mães adolescentes e jovens;
- Divulgar amplamente a Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, estimulando que esse acompanhante - inclusive no caso de pais adolescentes - seja o pai/parceiro, respeitando a livre escolha da mulher.
- Valorizar a participação do pai/parceiro em ações simples durante todo o trabalho de parto, como o suporte à sua parceira, realizando o clampeamento (corte) do cordão umbilical e o primeiro banho, por exemplo.
- Destacar a presença do pai/parceiro incluindo o nome dele na placa de identificação dos recém-nascidos e nos consultórios dos serviços de saúde;
- Ressaltar que o pai/parceiro nunca deve ser visto como uma “visita”, mas como protagonista desta família, devendo ter livre e irrestrito acesso a sua parceira e ao seu filho no ambiente onde se encontrem;
- Convidar o pai/parceiro a engajar-se no método canguru², caso o recém-nascido seja prematuro;
- Orientar como o pai/parceiro pode estimular e favorecer a amamentação de sua parceira, além de dividir as atividades domésticas e tarefas de cuidado com a criança.

Para fortalecer esta ação, destacamos o acolhimento humanizado procedendo em algumas informações necessárias como o resgate do histórico deste parceiro, no sentido de conhecer suas experiências e vivências pregressas e expectativas quanto ao desempenho deste importante papel afetivo e social, a fim de captar quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, dialogando de maneira sensível e construindo junto possíveis estratégias de enfrentamento, solicitando escuta ativa com postura colhedora, em segundo passo solicitar exames laboratoriais e testes rápidos, aprimorando as práticas em saúde (ANGELITA, 2016).

17 MULHER VÍTIMA DE ABORTO

Um dos agravos ao aborto, está entendido como causas socioeconômica, cultural, legal, ético e religioso, onde até mesmo leva a ações muitas das vezes inapropriadas e inseguras. No entanto, entende-se que o aborto provocado ou induzido, em sua definição, é o ato de interromper a gestação por motivo externo e intencional antes da viabilidade extrauterina (SOUZA, 2012).

Faz-se necessário ao enfermeiro identificar o mais precoce possível situações que evidenciam este ato reconhecido como crime, lembrando que, no Brasil, o aborto só está legalizado em três casos particulares: quando a gestação é decorrente de estupro, quando há comprovado risco de morte da gestante e nos casos de gestações de fetos anencefálicos (SOUZA, 2012).

Uma das ações esperadas por este protocolo, é fazer com que o profissional tenha habilidade para comunicação e acolhimento seja ela em demanda espontânea ou programada, para que o conflito psicológico na mulher e/ou até mesmo no casal, seja minimizado como dever estabelecido moralmente, que acarreta culpa às mulheres que por decisão individual não optam pela manutenção da gestação, pois a expectativa social da maternidade é vista como vivência maravilhosa, ideal e a mãe deve desempenhar seu papel com perfeição (BENUT GRC, et al 2009).

18 ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE GESTANTES

❖ Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional

- Calcular a semana gestacional;
- Registrar o peso pré-gestacional;
- Pesar e medir a gestante;
- Avaliar o estado nutricional da gestante a partir do gráfico (Anexo 1)

Índice e Parâmetros Antropométricos

- IMC por Semana gestacional
- Ganho de peso gestacional

- Registrar os dados no Cartão da Gestante;
- Estimar a recomendação do ganho de peso para a gestante;

- Avaliar os hábitos alimentares da gestante e a disponibilidade e variedade de alimentos na família, o recebimento de benefício proveniente de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc);
- Avaliar resultados de exames clínicos e bioquímicos;
- Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc);
- Investigar o consumo alimentar por meio do formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN (Anexo 2);
- Preencher a ficha de cadastro do SISVAN (Anexo 3) (BRASIL, 2011).

❖ Análise dos dados encontrados

- Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico

Orientar a gestante quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e do bebê e que garanta um crescimento e desenvolvimento adequados ao feto (BRASIL, 2008).

- Orientações a partir da avaliação de consumo alimentar

QUADRO DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES

Verifique a presença de condições alimentares pouco saudáveis.

Oriente a gestante para uma alimentação adequada de acordo com as recomendações nutricionais. E oriente para o aumento da ingestão de água e outros líquidos, especialmente na lactação e sobre o aleitamento materno. *Atenção:* dietas com restrição calórica não são recomendadas na gestação, mesmo para as gestantes com ganho excessivo de peso. Observe também a presença de condições como enjojo, vômitos, pirose (azia) ou picamalácia.

Para as gestantes a partir da 20ª semana e mulheres no pós-parto, oriente sobre a suplementação de ferro.

Verifique e estimule a prática de uma atividade física regular sob orientação.

Investigue dislipidemias e ofereça orientações pertinentes ao resultado do lipidograma.

Fonte: BRASIL, 2008.

No caso de baixo peso

Investigue possíveis causas com atenção especial para o consumo insuficiente ou o alto gasto energético (excesso de atividade física, vômitos etc) e oriente corretamente a gestante quanto à alimentação, visando ao ganho de peso.

Fonte: BRASIL, 2008.

No caso de ganho de peso excessivo

Investigue possíveis causas com atenção especial ao consumo excessivo de alimentos, sedentarismo, edema.

Fonte: BRASIL, 2008.

Gestantes Adolescentes

Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos após a menarca (em geral, maiores de 15 anos), a interpretação dos dados é equivalente a das adultas.

Para as que engravidaram com menos de dois anos após a menarca, é provável que muitas sejam classificadas como de baixo peso. Estas devem ter sua altura mensurada em todas as consultas, pois se encontram ainda em fase de crescimento. Também nestes casos, o mais importante é acompanhar o traçado da curva de IMC por semana gestacional, que deverá ser ascendente ao longo das consultas (BRASIL, 2011).

- **IMC pré-gestacional**

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional ou o IMC pré-

gestacional referido (limite máximo são 2 meses antes). Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional (Brasil, 2011).

- Recomendação do ganho de peso para gestantes

Segundo o estado nutricional inicial:

Estado Nutricional (IMC)	Ganho de peso (Kg) total no 1º trimestre	Ganho de peso (Kg) semanal no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: IOM, 1990.

- Recomendações de ganho de peso para gestantes gemelares

A gestação gemelar requer maior ganho de peso, que é 15,75 e 20,2 Kg ou 680g por semana durante o segundo e o terceiro trimestre.

Idade Gestacional	Ganho de peso semanal (Kg/semana)		
	Baixo Peso	Eutrófica	Sobrepeso
0 a 20 semanas	0,57 a 0,79	0,45 a 0,68	0,34 a 0,45
20 a 28 semanas	0,68 a 0,79	0,57 a 0,79	0,34 a 0,57
>28 semanas	0,57	0,45	0,34

Fonte: Luke e cols., 2003.

- Parâmetros laboratoriais

VARIÁVEIS	VALORES
------------------	----------------

Hematócrito	33 a 44%
Glicose de jejum	60 – 105 mg/dL
ACTH	Sem alteração
Aldosterona (plasma)	< 20 ng/dL
Aldosterona (urinário)	15 – 40 ug/24 horas
Cortisol (plasma)	15 – 35 ug/dL
TSH	Sem alteração
Tiroxina (T4)	10 – 17 ug/dL
Triiodotironina (T3)	100 – 220 ng/dL
Cálcio total	8,1 – 9,5 mg/dL
Insulina de jejum	8 – 30 uU/ml
Hemoglobina	10,5 – 14 g/dL
Ferritina	5 – 150 ng/mL
Ferro	90 ug/dL
Capacidade de ligação férrica	300 – 600 ug/dL
Nitrogênio uréico sanguíneo	5 – 12 mg/dL
Creatinina	< 1,0 mg/dL
Sódio	130 – 140 mEq/L
Proteínas urinárias	< 250 – 300 mg/24 horas
Bilirrubina total	Sem alteração
Colesterol	180 – 280 mg/dL
Triglicerídeos	< 260 mg/dL
Desidrogenase láctica	Sem alteração
Fosfatase alcalina	60 – 200 mU/ml

Transaminase glutâmico-oxaloacética (TGO)	Sem alteração
Transaminase glutâmico-pirúvica (TGP)	Sem alteração
Proteínas plasmáticas	4,5 – 7,0 g/dL
Albumina	2,5 – 4,5 g/dL
IgA	Sem alteração
IgM	Sem alteração
IgG	700 – 1400 mg/dL

Fonte: Vitolo, 2008.

PONTES DE CORTE PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA		
Trimestre	Hemoglobina (g/dL)	Hematócrito (%)
Primeiro	< 11,0	< 33
Segundo	< 10,5	< 32
Terceiro	< 11,0	<33

Fonte: Vitolo, 2008.

❖ **Recomendação Hídrica**

IDADE (ANOS)	LÍQUIDO (L/DIA)
Gestante de 14 a 50 anos	3,0
Lactante de 14 a 50 anos	3,8

Fonte: RDA, 1989.

Dicas gerais para as gestantes:

- ✓ Consumir alimentos ricos em ferro (como carnes e feijão), pois é na gestação que o bebê armazena ferro para os seus primeiros meses de vida;
- ✓ Consumir alimentos fontes de vitamina C (como laranja, limão e acerola), junto aos alimentos ricos em ferro para facilitar a absorção do mesmo;
- ✓ Evite ingerir leite, chá ou café junto com carnes e feijão, pois diminuem a absorção do ferro;
- ✓ Ingerir bastante água, cerca de 2 litros ao dia;

Consumir pelo menos 3 frutas ao dia, além de legumes e verduras, pois são ricos em vitaminas, minerais e fibras.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 120 p.

ANGELITA, Herrmann. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il.

ATALAH SAMUR, E. et al., Propuesta de un nuevo estándar de Evaluación nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BenuteGRG, NomuraRMY, Pereira PP, Lucia MCS, Zugaib M. Aborto espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. RevAssocMedBras [Internet]. 2009 [citado 2012 jul. 14];55(3):322-7.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Planejamento familiar. 2. ed. Curitiba: SMS, 2002.

COSTA, M. C. O.; OLIVEIRA NETO, A. F. Abordagem nutricional de gestantes e nutrizes adolescentes: estratégia básica na preservação de riscos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: v. 75, nº 3, págs. 161-166, 2008.

FEITOSA, Flávia Aparecida Longo Wolfarth; Araújo, Thaisa Regina Santos Fisioterapia na sexualidade e saúde da mulher: a compreensão dessa interface por mulheres no climatério/ Flávia Aparecida Longo Wolfarth Feitosa; Thaisa Regina Santos Araújo. – – Lins, 2012. 55p. il. 31cm.

Ferreira, Ana Laura Carneiro Gomes, Souza Ariani Impieri de, Amorim, Melania Maria Ramos de. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (2): 143-150, abr. / jun., 2007. HALBE, H.W et al- Tratado de Ginecologia-São Paulo, Editora Roca Ltda, 2000.

Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. F 66 Protocolo de atenção integral a saúde da mulher. / Secretaria Municipal de Saúde. - - Tubarão : Ed. Copiart, 2010. 128 p. : il. color.

INCA. Câncer de mama: é preciso falar disso/ Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INCA. Câncer de mama: é preciso falar disso/ Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p.: il. color.

Institute of Medicine. **Nutrition during pregnancy**. Washington D. C. US: National Academy Press, 1992.

JIMENEZ, E.J.B. KRADJEN, M.L. UHLIG, R.F.S. Pré-Natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

LUKE, B.; BROWN, M. B.; MISIUNAS, R., ANDERSON, E. et al. Specialized prenatal care and maternal and infant outcomes in twin pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(4):934-8.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Mamografi a: da prática ao controle: Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília. 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanização - Manual Técnico. Brasília. 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Caderno de Atenção Básica; nº 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006.

Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89:501-6.

PAULETA, Mendes da Graça L. Tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas: uma revisão sumária. *Acta Obstet Ginecol Port* 2011;5(4):170-179.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-10. 2009.

Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Phys.* 2000; 62: 127-36, 141-2.

São Paulo(Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

SBIIm. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2017/2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO/ FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Condutas Clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolau. São Paulo, 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO/ FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Coleta do Papanicolau e Ensino do Auto-Exame da Mama: Manual de procedimentos técnicos e administrativos. São Paulo, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Protocolo de Saúde da Mulher. CAMPINAS. SP. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Assessoria de Planejamento e Programação. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre. RS. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Assessoria de Planejamento e Programação. Protocolo de Detecção Precoce e Prevenção ao Câncer de Colo de Útero. Porto Alegre. RS. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Assessoria de Planejamento e Programação. Protocolo de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer de Mama. Porto Alegre. RS. 2008.

SCHMIDT, Eluisa Bordin, et al. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

Souza ZCS, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2012 set. 20];20(4):742-50.

SILVA, Elda Terezinha da, et al. Depressão Puerperal – Uma revisão de literatura. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 07, n. 02, p. 231 – 238, 2005.

UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. Atenção integral à saúde da mulher: medicina [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Daniela Ramos Carcereri... [et al] (Organizadores). 3. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Vitolo, M. R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Ed. Rubio. Rio de Janeiro, 2008.

ZAMPIERI, M.F.M.; GARCIA, O.R.Z.; BOEHS, A.; VERDI, M. (Org.) Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher. *Textos Fundamentais – série atenção primária da saúde*. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADA

	UNIDADE DE SAÚDE - ESF CONSULTA DE ENFERMAGEM Atendimento Pré- natal	 Saúde da Família
<u>1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</u>		
Data: __/__/____. Responsável ou Familiar: _____ Nome: _____ Idade: _____. Data de Nascimento: __/__/____ Sexo: () M () F Endereço: _____ Profissão: _____ Queixas: _____ Hora da visita domiciliar: _____.		
<u>2.ANTECEDENTES CLÍNICOS</u>		
Aspectos emocionais, psicossociais, experiências e sexualidade: () Gestação planejada ou desejada () sentimentos ambivalentes () Não desejada () dilema sobre aborto () feliz, realizada, tranquila () triste, preocupada, estressada () ansiedade, medo, apreensões () projeções, fantasias, dúvidas () relação e atitude do parceiro/pai da criança () dificuldade e mudança no trabalho () escolaridade, situação socioeconômica		
Experiências anteriores x sexualidade () Número de partos _____ () amamentação dos filhos anteriores () Número de filhos () complicações neonatais () complicações maternas perinatais () partos em casa ou no hospital () evolução dos partos () problemas no puerpério () parceiros, atividade sexual, sexo seguro () Dúvidas e experiências de sexo na gravidez		
Doenças na Família: _____ Cirurgias já realizadas: _____ Internações: _____ Tratamentos: _____ () Etilismo/tempo: _____ () Tabagismo/tempo: _____ () Vícios Qual? _____		
Alergias: _____ Medicamentos em uso: _____		

- () Falta de adesão (00079) () Dor aguda (00132) ou Dor crônica (00133)
 () Síndrome de estresse por mudança (00114)
 () Fadiga (00093) () Incontinência urinária (00017)
 () Baixa autoestima situacional (00153) () Tristeza crônica (00137)
 () Dor do trabalho de parto (00256) () conflito no papel pai/mãe (00064)
 () Paternidade ou maternidade prejudicada (00056)
 () Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057)
 () Disposição para paternidade/maternidade melhorada (00164)
 () Constipação (00011) () Amamentação interrompida (00105)
 () Conforto prejudicado (00214) () Leite materno insuficiente (00216)
 () Disposição para amamentação melhorada (00106)
 () Padrão de sexualidade ineficaz (00065) () Amamentação ineficaz (00104) Risco de _____
 () Nutrição desequilibrada: menos que necessidades (00002)
 () Risco de binômio mãe/feto perturbado (00209)
 () Processos familiares disfuncionais (00063)
 () Icterícia neonatal (00194) e Risco de _____(00230)
 () Nutrição desequilibrada: menos que necessidades (00002)
 () Nutrição desequilibrada: mais que necessidades (00001)

Doenças frequentes na gravidez:

8. PLANEJAMENTOS DE ENFERMAGEM

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

6:

7:

9 .INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1:

2:

3:

4:

5:

6:

7:

10. AVALIAÇÕES DE ENFERMAGEM

1:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
6:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
7:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

APENDICE B:

Quadro 1.1 – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno.

Infecção pelo HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Ao encaminhar a criança para o médico ou pediatra, deve-se contraindicar o aleitamento materno, assegurando uma nutrição segura com acompanhamento.	Há risco de transmissão vertical.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Mantém aleitamento materno.	Quando existe administração de imunoglobulina específica, após o nascimento, praticamente elimina o risco.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Necessita avaliação da carga viral, geralmente o aleitamento materno não é contraindicado, conversar com o médico.	Possibilidade de transmissão para o bebê.
Tuberculose pulmonar	Manter amamentação, realizando o autocuidado com higiene das mãos e uso de máscara.	As medicações utilizadas neste tratamento não prejudicam o bebê.
Doença de chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção Herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há o risco de transmissão.

<p>Varicela se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto</p>	<p>Manter aleitamento materno após as lesões assumirem a forma de crosta. Antes disso, discutir com médico a fim de assegurar a nutrição adequada ao bebê, uma vez que a mãe deverá estar isolada.</p> <p>A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.</p>	<p>Risco de transmissão da mãe para o bebê.</p>
<p>Em tratamento farmacológico</p>	<p>Alguns fármacos são considerados contraindicados (absolutos ou relativos) ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Se a mãe estiver em uso de algum medicamento destes ou outro que possa ter relação semelhante, encaminhar a mãe ao médico para avaliação e conduta.</p>	<p>Possíveis efeitos colaterais e/ou tóxicos para o bebê.</p>
<p>Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe</p>	<p>Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.</p>	<p>Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.</p>
<p>Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool</p>	<p>Desencorajar o uso de cigarro e bebida alcoólica. Manter o aleitamento materno.</p>	<p>Nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da</p>

		amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
--	--	---

Fonte: Protocolo - SMS/FLORIANÓPOLIS, 2016.

ANEXO A: Coleta de Exame Citopatológico

Materiais
<ul style="list-style-type: none"> • Maca ginecológica; • Lençol de maca e lençol de papel; • Requisição do SISCAN devidamente preenchida; • Lâmina com extremidade fosca; • Espátula de Ayres; Escova cervical; • Espéculo descartável tamanhos P, M ou G; • Gaze; • Porta lâmina com ranhura com etiqueta para identificação; • Solução para fixar (álcool absoluto).
Etapas do procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer impresso com orientações para realização do exame ginecológico no momento do agendamento; • Explicar para a mulher sobre o exame a ser realizado e que pode gerar certo desconforto. • Orientar às mulheres grávidas sobre a indicação da realização deste exame, esclarecendo dúvidas a respeito; • Posicioná-la na maca em posição ginecológica; • Preparar o material (lâmina com extremidade fosca, espátula de Ayres, escova cervical e frasco com fixador); • Identificar a lâmina e a etiqueta do frasco com fixador, com as iniciais e número de prontuário da mulher; • Selecionar o espéculo a ser utilizado, de acordo com paridade e condições perineais da mulher; • Higienizar as mãos conforme técnica adequada;

- Calçar luvas de procedimentos como equipamento de proteção individual; 9. Realizar inspeção visual da vulva;
- Encostar suavemente o espéculo na face interna da coxa;
- Afastar pequenos lábios com uma gaze e introduzir o espéculo delicadamente até posicionar o colo uterino centralizado no espéculo;
- Realizar inspeção visual da vagina e do colo de útero;
- Colher material de ectocérvice com espátula de Ayres ponta bifurcada, girando 360°, e fazer esfregaço único na extremidade ao lado da parte fosca da lâmina de vidro identificada;
- Colher material endocervical com escovinha cervical, girando 360°, e fazer rotação da escova sobre a lâmina em esfregaço único, ao lado do esfregaço de ectocérvice, colocando a lâmina imediatamente em frasco com fixador;
- Retirar o espéculo com as lâminas previamente fechadas;
- Informá-la que o exame acabou e que a mesma pode se arrumar;
- Preencher requisição de exame preventivo em única via, protocolar e enviar para Anatomia Patológica, e orientar a mulher sobre o encaminhamento para agendar consulta para buscar o resultado e receber as orientações conforme necessidade de seguimento;
- Registrar as informações no prontuário da paciente.
- Colocar o espéculo em solução de H₂O e sabão se for de metal, para ser higienizado e após encaminhado ao Centro de Material e Esterilização ou desprezar se for descartável.

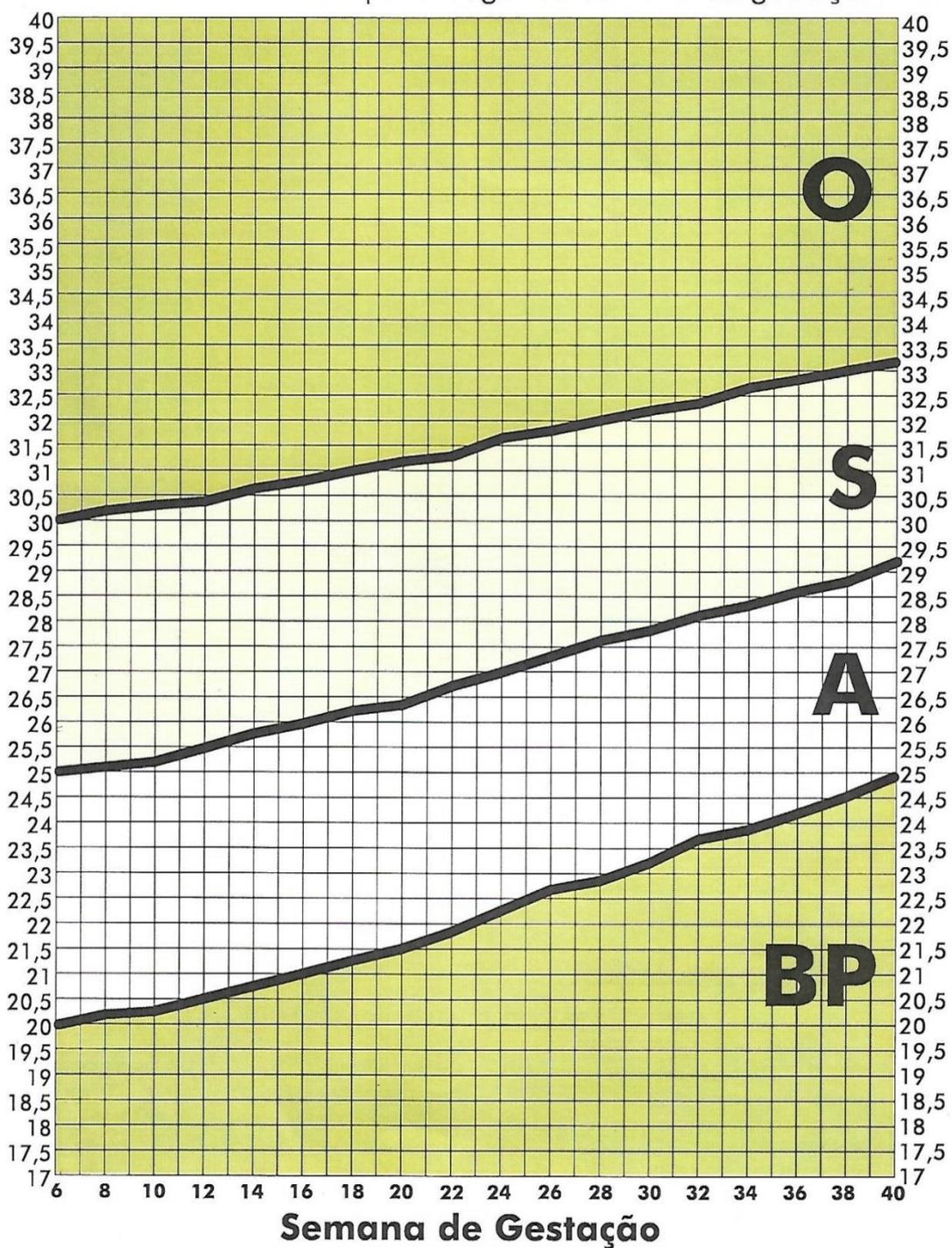
Cuidados/preparos para realização do exame

- Não deve estar menstruada;
- Não deve manter relação sexual 2 (dois) dias antes do exame;
- Não deve estar usando medicação vaginal;
- Não deve fazer ducha vaginal, apenas higiene externa.

ANEXO B: Gráfico para avaliação do estado nutricional de gestante.

Gráfico de Acompanhamento Nutricional de Gestante

Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



BP Baixo Peso **A** Adequado **S** Sobrepeso **O** Obesidade

NOME: _____ Nº Prontuário: _____

IMC POR SEMANA GESTACIONAL - GESTANTE

IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2}$				
Semana Gestacional	Baixo Peso (BP) IMC \leq	Adequado (A) IMC entre	Sobrepeso (S) IMC entre	Obesidade (O) IMC \geq
6	19,9	20.0 - 24.9	25.0 - 30.0	30.1
8	20,1	20.2 - 25.0	25.1 - 30.1	30.2
10	20,2	20.3 - 25.2	25.3 - 30.2	30.3
11	20,3	20.4 - 25.3	25.4 - 30.3	30.4
12	20,4	20.5 - 25.4	25.5 - 30.3	30.4
13	20,6	20.7 - 25.6	25.7 - 30.4	30.5
14	20,7	20.8 - 25.7	25.8 - 30.5	30.6
15	20,8	20.9 - 25.8	25.9 - 30.6	30.7
16	21,0	21.1 - 25.9	26.0 - 30.7	30.8
17	21,1	21.2 - 26.0	26.1 - 30.8	30.9
18	21,2	21.3 - 26.1	26.2 - 30.9	31.0
19	21,4	21.5 - 26.2	26.3 - 30.9	31.0
20	21,5	21.6 - 26.3	26.4 - 31.0	31.1
21	21,7	21.8 - 26.4	26.5 - 31.1	31.2
22	21,8	21.9 - 26.6	26.7 - 31.2	31.3
23	22,0	22.1 - 26.8	26.9 - 31.3	31.4
24	22,2	22.3 - 26.9	27.0 - 31.5	31.6
25	22,4	22.5 - 27.0	27.1 - 31.6	31.7
26	22,6	22.7 - 27.2	27.3 - 31.7	31.8
27	22,7	22.8 - 27.3	27.4 - 31.8	31.9
28	22,9	23.0 - 27.5	27.6 - 31.9	32.0
29	23,1	23.2 - 27.6	27.7 - 32.0	32.1
30	23,3	23.4 - 27.8	27.9 - 32.1	32.2
31	23,4	23.5 - 27.9	28.0 - 32.2	32.3
32	23,6	23.7 - 28.0	28.1 - 32.3	32.4
33	23,8	23.9 - 28.1	28.2 - 32.4	32.5
34	23,9	24.0 - 28.3	28.4 - 32.5	32.6
35	24,1	24.2 - 28.4	28.5 - 32.6	32.7
36	24,2	24.3 - 28.5	28.6 - 32.7	32.8
37	24,4	24.5 - 28.7	28.8 - 32.8	32.9
38	24,5	24.6 - 28.8	28.9 - 32.9	33.0
39	24,7	24.8 - 28.9	29.0 - 33.0	33.1
40	24,9	25.0 - 29.1	29.2 - 33.1	33.2
41	25,0	25.1 - 29.2	29.3 - 33.2	33.3
42	25,0	25.1 - 29.2	29.3 - 33.2	33.3

Fonte: ATALAH E et al. Oropuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. Revista Médica de Chile, 125 (12): 1429 - 1436, 1997. In Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde/[Andressa Araújo Fagundes et al.] - Brasília: Ministério da Saúde, 2004

GANHO DE PESO RECOMENDADO - GESTANTE

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Ganho de peso (Kg) total no 1º trimestre	Ganho de peso (Kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade (O)	---	0,3	7,0

Fonte: INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrition during pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990. World Health Organization - WHO. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n.854. Genova: WHO, 1995. In Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde/[Andressa Araújo Fagundes et al.] - Brasília: Ministério da Saúde, 2004

ANEXO C: Formulário de marcador do consumo alimentar do SISVAN (BRASIL, 2008)

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*

Nº CARTÃO SUS: []	
Nome do Cidadão: []	
Data de Nascimento: * / / Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento: []	
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES **	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES **	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS **	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem você consumiu:
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

ANEXO D: Ficha de cadastro do SISVAN (BRASIL, 2008).

		Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL				
		Estabelecimento de Saúde*		Nº CNES*		
		Nome do Profissional de Saúde*		Número da Equipe*		
		Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração				
DADOS CADASTRAIS						
Cadastro de domicílio						
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*						
Bairro*			Telefone			
Cadastro do indivíduo						
NCNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**		CPF (Nº Cadastro Pessoa Física)**		NIS (Nº Identificação Social)**	Data de Nascimento*	
Nome completo (sem abreviaturas)*					Data de Nascimento* / /	
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*			Nome completo do pai			
Sexo*	Raça / Cor*	Escolaridade (1)*	Legendas: (1) Escolaridade: 1. Creche 2. Pré-escola (exceto CA) 3. Classe Alfabetizada - CA 4. Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries 5. Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries 6. Ensino Fundamental Completo 7. Ensino Fundamental Especial 8. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) 9. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 5ª a 8ª) 10. Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) 11. Ensino Médio Especial 12. Ensino Médio EJA (Supletivo) 13. Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado 14. Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) 15. Nenhum			
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena					
Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		UF Nascimento*	Município Nascimento*		
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL**						
Data do acompanhamento*: / /						
Criança (<10 anos)	Peso (em Kg)*:	Altura (em cm)*	Estado nutricional: Peso por idade:	Altura por idade:	Aleitamento Materno(2)*	Peso ao nascer (em gramas)*:
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em Kg)*:	Altura (em m)*	Estado nutricional: IMC por idade:	Altura por idade		
Adulto (>20 e <60 anos)	Peso (em Kg)*:	Altura (em m)*	Estado Nutricional:	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Idoso (>60 anos)	Peso (em Kg)*:	Altura (em m)*	Estado nutricional:			
Gestante	Peso (em Kg)*:	Altura (em m)*	Estado Nutricional:	Peso pré-gestacional (em kg)*:	Data da última menstruação*: / /	
Doenças*:		Deficiências e/ou intercorrências*:		Tipo de Acompanhamento*:		
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças		<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências		<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
(2) Tipo de Alimentação:						
1. Exclusivo 2. Predominante 3. Complementar (leite materno e alimentos) 4. Não recebe leite materno						

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).
 ** Apenas preencher um dos campos.

Form 301 - Gráfica Bengel

REDE CEGONHA – SANTA CATARINA

Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de
Gestação de Alto Risco

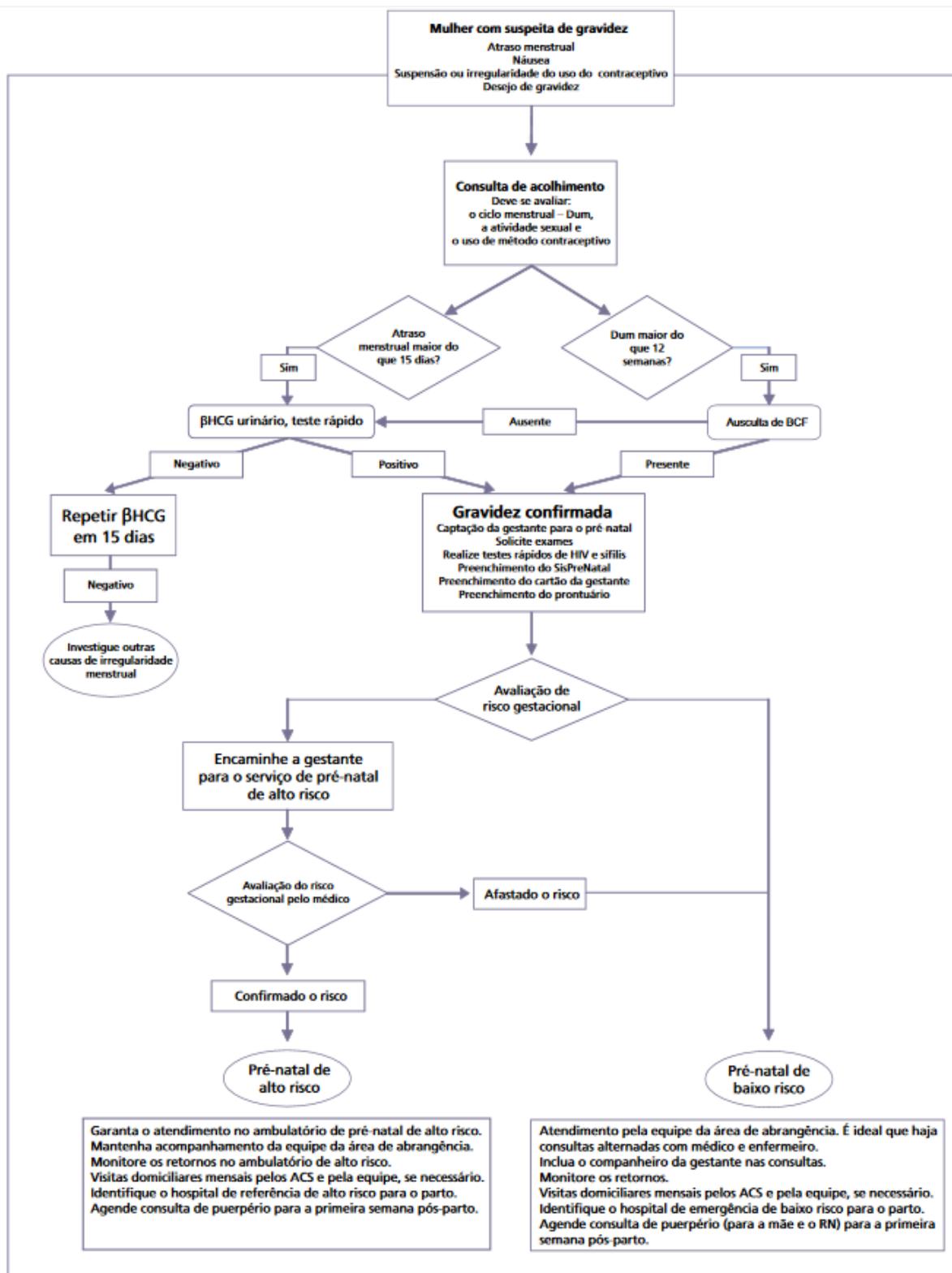
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO.....10 ou + Pontos	ALTO
RISCO..... 5 a 9 Pontos	MÉDIO
RISCO..... até 4 Pontos	BAIXO

<p>1 – IDADE: (-) de 15 anos..... 1 De 15 a 34 anos..... 0 (+) de 35 anos..... 1</p> <p>2 – SITUAÇÃO FAMILIAR Situação Familiar Instável Não..... 0 Sim1</p> <p>Aceitação de GRAVIDEZ: Aceita..... 0 Não Aceita..... 1</p>	<p>5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Baixo Peso(IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia..... 1</p> <p>Peso Adequado (IMC 18, 5-24, 9kg/m2).....0</p> <p>Sobrepeso(25-29, 9kg/m2)..... 1</p> <p>Obesidade (IMC>30kg/m2). 5</p>	<p>7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBST. + GINEC.</p> <p>Ameaça de Aborto 5 Anom. do trato Genitourinário.....5 Placenta Prévia.....10 Câncer Materno.....10 Doença Hemolítica.....10 Esterilidade Tratada.....5 Isolmunização.....10 Neoplasias Ginecológicas..... 10 Mal Formações Congênitas.....10 Crescimento Uterino Retardado.....10 Polihidramnio/Oligohidramnio.....10 Cniologia Cervical Anormal(Nicol-II-III)10 Doença Hipertensiva da Gestação 10 Diabetes Gestacional..... 10 Gemelar.....10 Incomp. Istmo Cervical.....10</p> <p>MÉDICAS + CIRURG. Cardiopatias..... 10 Varizes acentuadas..... 5 Pneumopatia Grave.....10 Diabetes Mellitus.....10 Doenças Auto-Imunes(Colagenose)10 Doença Psiquiátrica.....5 Doença Renal Grave.....10 Epilepsia e Doença Neurológica.....10 Hemopalias.....10 Hipertensão Arterial.....10 Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +)10 Infecções Grave.....10 AIDS/HIV.....10 Sífilis.....10 Tuberculose.....10 Toxoplasmose.....10 Dep. de Drogas.....10 Alcoolismo.....10 Trombofilia10 Endocrinopalias.....10 Alterações da Tireóide10</p>
<p>3 – ESCOLARIDADE: Sabe Ler e Escrever: Sim..... 0 Não..... 1</p>	<p>6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Abortos até 25 Abortos espontâneos + 2. 10 Natimorto 5 Prematuro.....5 Óbito Fetal5 Eclampsia.....10 Placenta Prévia.....5 Descol. Prem. de Placenta..... 5 Incompetência Istmo Cervical10 Restrição de Cresc. Intrauterino 5 Malformação Fetal5 Último Parto (-) de 12 meses..... 2 + 1 Filho Prematuro10 Pre eclampsia5</p>	
<p>*Fatores sócio econômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica.</p> <p>PNAR: Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e/ou 6 e/ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos).</p> <p>Médio Risco: Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro.</p> <p>Baixo Risco: Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico.</p> <p>Seguir fluxograma de pré natal.</p>		

Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32- Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco e Material Fundação SESP.

ANEXO E: FLUXOGRAMA DE CONFIRMAÇÃO DE GRAVIDEZ



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.