



PREFEITURA DE TATUÍ
PELO TRABALHO VENCEREMOS

**Protocolo Municipal
Saúde da Mulher**

Atualizado em 2023

Colaboradores: Enf^a Marilu Aparecida Rodrigues da Costa
Enf^a Eliana Mari de Moura

Secretária Municipal de Saúde: Roseli de Fatima Mocchi

APRESENTAÇÃO

Para que um sistema de saúde funcione com eficiência e eficácia, faz-se necessário estabelecer normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparatividade de dados e informações.

Este protocolo tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de saúde.

As informações aqui contidas são o resultado de um trabalho coletivo, que tem o objetivo de levar aos profissionais de saúde de forma sistematizada a assistência de enfermagem, com a implantação de uma rotina voltada para a humanização do atendimento de uma forma segura, rápida e eficiente.

Mas o principal objetivo deste projeto é buscar organizar o sistema de saúde de nosso município, voltado para o desenvolvimento de novos processos de trabalho em que estão incluídos a valorização profissional e do usuário, estabelecendo uma relação democrática entre o **acesso, o acolhimento e a responsabilização**.

OBJETIVO

O objetivo deste Protocolo é normatizar o atendimento, direcionar os encaminhamentos e otimizar a equipe multidisciplinar.

Hoje, com a descentralização do atendimento de saúde, cada Unidade deve constituir-se em uma célula autônoma em todas as suas atividades.

Para atingir esses objetivos, normas de trabalho devem ser seguidas por todos os profissionais envolvidos, dando acolhimento aos que procuram encaminhamento esperado e soluções às necessidades.

Serão envolvidos um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam às várias fases da vida da mulher, a promoção ao parto e nascimento saudáveis, a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, as diversas patologias ginecológicas com vários graus de complexidade; e isso garantirá que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos e evite intervenções desnecessárias preservando sua privacidade e autonomia.

Nós profissionais de saúde somos coadjuvantes desta experiência e desempenhamos importante papel, tendo oportunidade de colocar nosso conhecimento a serviço da população feminina.

Vamos reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento, permitir ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo. Permitir relações menos desiguais e menos autoritárias na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê.

PRÉ-NATAL

Captação precoce da gestante na comunidade:

Objetivo: inscrever e iniciar o acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez, para obter intervenções oportunas, preventivas, educativas e terapêuticas. Para captação precoce é necessário haver:

- Solicitação do Beta HCG por profissionais de enfermagem em situação de atraso menstrual, visando agilizar o início da rotina pré-natal;
- Envolvimento da comunidade;
- Ações educativas individuais e coletivas;
- Meios de comunicação de massa;
- Visita domiciliar;
- Acessibilidade à Unidade de Saúde.

A equipe de saúde deve estar treinada e o serviço organizado para prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com a equipe, já que a melhor forma de assegurar a captação precoce é a qualidade do serviço prestado à população.

Controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo

Objetivo

Assegurar a cobertura de pré-natal de forma a possibilitar seguimento durante toda a gestação, em intervalos periódicos, pré-estabelecidos. Todos os esforços devem ser despendidos para garantir a plena participação da gestante nas atividades desenvolvidas pela unidade de saúde. Para que se consiga assegurar a cobertura desejada é necessário que 50% das consultas dos médicos ginecologistas sejam reservadas para atendimento de pré-natal, assim como as dos clínicos que atuam nas unidades básicas.

Recursos humanos treinados

Objetivo

Prestar atendimento à gestante consoante ao enfoque da assistência integral à saúde da mulher por profissionais devidamente treinados. Para tal deve-se realizar:

- Treinamento para utilização de normas de assistência pré-natal para toda a equipe;
- Cursos de reciclagem e de especialização, entre outros.

Área física adequada

Objetivo

Preservar um ambiente adequado ao inter-relacionamento entre a equipe de saúde e a gestante, mantendo na medida do possível uma área física à assistência pré-natal.

Equipamentos e instrumental

- Armário Vitrine
- Balança Antropométrica (capacidade mínima de 150kg)
- Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
- Banqueta giratória ou mocho
- Biombo
- Cadeiras
- Cesto de lixo
- Detector fetal e/ou estetoscópio de pinard
- Escada de 2 degraus
- Esfigmomanômetro
- Instrumentais (suficiente para a demanda)
- Estetoscópio
- Foco de Luz
- Glicosímetro
- Lanterna Clínica
- Lavatório / torneira que dispense uso das mãos
- Mesa para exames ginecológicos
- Mesa auxiliar
- Mesa tipo escritório
- Negatoscópio
- Otoscópio
- Porta-dispensador de sabão líquido
- Porta papel toalha
- Fita métrica flexível e inelástica

- Espéculos
- Pinças de Cheron.

Instrumentos de registro e estatística

Objetivo

- Permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério através da coleta e da análise dos dados obtidos em cada consulta;
- Facilitar o fluxo de informações entre os serviços de saúde nos sistemas de referência e contra-referência (utilizar Ficha Obstétrica – ANEXO XIV);
- Permitir a seleção de dados necessários para avaliação das estatísticas de serviço.

Material utilizado

- Ficha perinatal: instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter todos os dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;
- Cartão da gestante: instrumento de registro deve conter os principais dados do acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e contra-referência e deverá ficar sempre com a gestante;
- Prontuário Eletrônico: instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada;
- Controle do Programa SIS Pré-Natal.

Sistema eficiente de referência e contra-referência

Deve ser garantido o acesso a níveis de complexidade maior do sistema de saúde conforme a exigência de cada caso. Deve-se assegurar o retorno da gestante e do recém-nascido ao serviço de saúde de origem, munidos das informações necessárias para o seu seguimento (carteira da gestante e carteira do recém nascido com todos os dados referentes ao parto). São atribuições de um sistema eficiente de referência e contra-referência:

- Detecção precoce dos casos clínicos que devem ser diferenciados;
- Referência formal desses casos, ou seja, acompanhada de registro do motivo do encaminhamento, dos dados clínicos de interesse e do cartão da gestante;
- Retorno dos casos referidos à unidade de origem com informações sobre a avaliação e recomendações realizadas.

Avaliação das ações da assistência pré-natal

Objetivo: avaliar a qualidade da assistência pré-natal, identificar os problemas de saúde da população alvo e no desempenho do serviço, permitir a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a assistência pré-natal.

A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados no programa de assistência ao pré-natal:

- Início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação;
- Realizar no mínimo 7 consultas de pré-natal;
- Realizar todos os exames e estar com as vacinas em dia.
- Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal;
- Coeficiente de mortalidade materna;
- Coeficiente de mortalidade perinatal;
- Incidência de tétano neonatal;
- Percentagem de recém-nascidos de baixo peso (menor de 2.500g), em relação ao total de recém-nascidos vivos.

Atraso menstrual de 15 dias ou mais				
Realização de teste imunológico de gravidez urinário pelo Enfermeiro				
Resultado Positivo				Resultado Negativo
Agendar Primeira consulta com o Enfermeiro				Repetir o teste de urina após 7 dias com primeira urina da manhã (entregar o frasco identificado para o exame)
Risco Baixo		Grupo Educativo	Risco Médio ou Alto	Resultado negativo
Primeira CE (4 a 10 semanas)	Anamnese, Solicitação de exames do 1º trimestre, Prescrição - Ácido Fólico e Sulfato Ferroso e US obstétrico	Após a primeira consulta Palestrante-Enfermeira	Consulta Médica – durante todo o período gestacional	Persistindo amenorreia agendar consulta médica e orientar quanto ao planejamento familiar
Segunda CM (14 a 16 semanas)	Anamnese e avaliação dos resultados dos exames		Acompanhamento do Grupo de gestante (o grupo não substitui a consulta)	
Terceira CE (18 a 20 semanas)	Vacinas Solicitação do US Morfológico – Solicitação de exames do 2º trimestre	Palestrante - Dentista	1ª visita domiciliar da enfermeira - a partir da 36ª semanas	
Quarta CM (22 a 24 semanas)	Acompanhamento			
Quinta CE (26 a 28 semanas)	Solicitação dos exames do 3º trimestre	Palestrante - (equipe multiprofissional)		
Sexta CM (30 a 32 semanas)	Acompanhamento			
32 semanas CM quinzenal		Palestrante - (equipe multiprofissional)		
Após 36 semanas - CM semanal				
Primeira visita domiciliar da enfermeira (ESF)				

Conduta de enfermagem na primeira consulta de pré-natal

1. Antecedentes Ginecológicos e obstétricos; Exame físico e anamnese (utilizar Modelo de Ficha Obstétrica – ANEXO XIV)
2. Solicitação de exames
3. Prescrição de medicamentos
4. Queixas frequentes durante a gestação/Orientações
5. Quando procurar a maternidade
6. Orientação sobre vacinação
7. Gravidez de alto risco
8. Orientação sobre os grupos educativos
9. Roteiro das consultas de pré-natal subsequentes.

1. Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos; Exame físico e anamnese (conforme anexo).

História Clínica/Anamnese

- **Identificação:** idade; cor; naturalidade; procedência; endereço atual; estado civil; profissão; escolaridade; renda familiar; número de dependentes; número de pessoas da família que participam da força de trabalho; condições de moradia (tipo, nº de cômodos); condições de saneamento (água, esgoto).
- **Dados sócio-econômicos e culturais:** assinalar se é uma consulta de rotina ou se há algum outro motivo para o comparecimento; nesse caso descrever queixas.
- **Antecedentes familiares:** hipertensão; diabetes; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama; hanseníase; tuberculose e outros contatos domiciliares; uso de drogas endovenosas ou inalatórias.
- **Antecedentes pessoais:** hipertensão arterial; cardiopatias; diabetes; doenças renais crônicas; anemia; transfusões de sangue; doenças neuropsiquiátricas; viroses (rubéola e herpes); cirurgia (tipo e data); alergias; hanseníase; tuberculose; uso de drogas endovenosas ou inalatórias;

- **Antecedentes ginecológicos:** ciclos menstruais (duração intervalo e regularidade); uso de métodos contraceptivos (quais, por quanto tempo e motivo de abandono); infertilidade e esterilidade (tratamento); doenças sexualmente transmissíveis (tratamento realizado, inclusive do parceiro); cirurgias ginecológicas (idade e motivo); mamas (alterações e tratamento); última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou "preventivo", data e resultado).

- **Sexualidade:** início da atividade sexual (idade e atitude frente à primeira relação); desejo sexual (libido); orgasmo; dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); sexualidade na gestação atual; único ou mais parceiros.

- **Antecedentes obstétricos:** número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações); número de abortamentos (espontâneo, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento); número de filhos vivos; idade da primeira gestação; intervalo entre as gestações (em meses); número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação); experiência em aleitamento materno; número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g; mortes neonatais precoces - até 7 dias de vida (número e motivo dos óbitos); mortes neonatais tardias - entre 7 e 28 dias de vida (número e motivos dos óbitos); natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu); recém-nascido com icterícia neonatal,

transfusões, exsanguíneotransfusões; intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar); complicações nos puerpérios (descrever); história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame); intervalo entre o final da última gestação e o início da atual; data do primeiro dia da última menstruação DUM (anotar certeza ou dúvida - DPP); data de percepção dos primeiros batimentos fetais,

- **Gestação atual:** nome das medicações usadas na gestação; se a gestação foi ou não desejada; hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e toxicomania; ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição e agentes físicos e químicos potencialmente nocivos);

1)

Exame Físico

- **Geral:** determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante; medida da estatura; determinação da frequência do pulso arterial; medida da temperatura axilar, caso haja suspeita de infecção; medida de pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide; ausculta cardiopulmonar; exame do abdome; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- **Específico gineco-obstétrico:** exame das mamas (orientado, também, para o aleitamento materno); medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cárdio-fetais (após a 20^a semana); identificação da situação e apresentação fetal (3^o trimestre); palpação dos linfonodos inguinais; inspeção dos genitais externos; exame especular: inspeção das paredes vaginais; Inspeção do conteúdo vaginal; inspeção do colo uterino; coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), evitar o canal endocervical. Toque vaginal (na primeira consulta e quando for necessário fazer pelvimetria); outros exames, se necessários; educação individual (respondendo às dúvidas, preconceitos e inquietações da gestante). Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessário; diagnóstico, avaliação e condutas segundo o item “roteiro das consultas subsequentes”.
- **Ações complementares:** referência para atendimento odontológico; referência para atendimento de imunização (vacinas) quando indicado; referência para práticas

educativas coletivas (grupos); referência para serviços especializados na mesma unidade ou para unidade de maior complexidade, quando indicado; agendamento de consultas subseqüentes; referência quando indicado, para programa de suplementação alimentar.

2. Solicitação de exames

Apoio laboratorial

Anotar em prontuário o resultado do BHCG e/ou teste imunológico de gravidez (Pregnosticon) e a solicitação dos exames necessários para o início do pré-natal.

Deve ser garantida a realização dos seguintes exames laboratoriais.

Exames			US Morfológico entre 20 e 24 semanas
1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	
US Obstétrico transvaginal		US Obstétrico	
Tipagem sanguínea e fator RH			
No caso de RH negativo comprovado solicitar Coombs indireto; se negativo, repeti-lo a cada 04 semanas, a partir da 24ª semana. Quando o Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.			
VDRL		VDRL	
Anti-HIV		Anti-HIV	
Sorologia para Toxoplasmose (IGG / IGM)		Sorologia para Toxoplasmose (IGG / IGM)	
Glicemia em Jejum	Glicemia em Jejum	Glicemia em Jejum	
Hemograma Completo	Hemograma Completo		
Urina Tipo I	Urina Tipo I	Urina Tipo I	
Antibiograma	Antibiograma	Antibiograma	
Urocultura	Urocultura	Urocultura	
· Protoparasitológico de fezes (PPF).			
Sorologia de Hepatite B (HbsAg e Anti HBs IgG e IgM)			
Sorologia para Rubéola IgG e IgM		VDRL	

Prescrição de medicamentos

A farmácia municipal deverá manter um sistema de suprimento de medicamentos para a assistência à mulher, principalmente na área de DST/AIDS.

Prescrição de antieméticos orais

- Dimenidrinato 50mg + cloridrato de piridoxina 10mg - 1cp de 8 em 8 horas até a melhora do quadro. Não exceder 400mg/dia.
- Em caso de cólicas, eventualmente, prescrever Escopolamina 1cp, via oral, até 4 vezes ao dia;
- Paracetamol 200mg – 30gotas, se dor ou temperatura maior ou igual a 38,5C, de 6 em 6 horas.

Segundo Ministério da Saúde (Brasília, 2000) recomenda-se as seguintes medicações na gestação:

No início do pré-natal é prescrito

- Ácido Fólico 5mg - 1 comprimido ao dia **até a 14ª semana**;
- Sulfato Ferroso – 1 comprimido ao dia, 30min antes da refeição, acompanhado de suco cítrico (laranja, limão, etc.), se possível.

Observação: Hb < 11g/dl e > 8g/dl anemia leve e moderada:

- a) Solicitar exame parasitológico se fezes; se positivo, encaminhar para avaliação médica e tratamento;
- b) Tratar a anemia com sulfato ferroso 300mg – 1 drágea, três vezes ao dia;

Condutas nas queixas mais frequentes durante na gestação normal

Náuseas, vômitos e tonturas.

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação;

Orientar a gestante para:

- Dieta fracionada (seis refeições leves ao dia);
- Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis,
- Evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos;
- Alimentos sólidos leves ao levantar-se pela manhã.

Náuseas Intensas

- Seguir orientações acima;
- Caso não haja melhora prescrever antieméticos;

Vômitos intensos

- Seguir orientações de náuseas;
- Solicitar avaliação médica, caso tenha necessidade de prescrição de medicamentos injetáveis;
- Avaliar perda de peso

Pirose (azia)

Orientar a gestante para:

- Dieta fracionada, evitando frituras;
- Ingerir água gelada;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Sialorréia (salivação excessiva)

- Explicar que é um sintoma comum no início da gestação;
- Orientar dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).

Fraquezas e desmaios

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;

- Indicar dieta fracionada. Sugerir chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contraindicados;
- Explicar à gestante que sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, alivia a sensação de fraqueza e desmaio;
- Orientar ingestão hídrica;
- Avaliação de Pressão Arterial.

Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica);
- Se houver flatulência e/ou obstipação intestinal:
- Orientar dieta rica em resíduos: frutas ricas em fibras, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais (ex.: Farelo de trigo);
- Recomendar que aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Recomendar caminhadas leves (se não for contraindicado);
- Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

Hemorróidas

- Orientar alimentos ricos em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal;
- Evitar o uso de papel higiênico colorido ou áspero ou utilizar lenço umedecido e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após defecação;
- Orientar banho de assento com chá de camomila; 2 colheres (sopa) cheias de flor para 1 litro de água.
- Solicitar avaliação médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

Corrimento Vaginal

- Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Realizar o exame especular, avaliar se o corrimento tem cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido e questionar se apresenta prurido;
- Identificada uma das situações acima, solicitar avaliação médica.
- Na presença de corrimento branco com grumos e pruridos (sugestivo de candidíase), seguir fluxograma de tratamento sintomático.

Queixas Urinárias

- Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação.
- Solicitar avaliação médica, caso exista dor ao urinar ou hematúria, acompanhada ou não de febre.
- Solicitar exame Urina I.

Falta de ar ou Dificuldade para Respirar

- Esses sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante;
- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouvir a gestante e conversar sobre as suas angústias;
- Estar atento para outros achados no exame cardiopulmonar, pois pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória;
- Solicitar avaliação médica, se necessário.

Dor nas Mamas

- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no Exame das mamas.

Dor Lombar

- Correção da postura ao sentar-se e ao andar;
- Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Orientar exercícios para alívio de dor (ex.: alongamento);
- Orientar como abaixar-se e sobre o posicionamento por períodos prolongados, em que estiver em pé (dobrando ou posicionando uma das pernas em um degrau);
- Se a dor persistir, solicitar avaliação médica.

Cefaléia

- Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
- Afastar hipertensão arterial e pré-eclampsia;
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;
- Na presença de dor aguda e intensa, solicitar avaliação médica imediata;
- Se dor recorrente agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade, etc.

Sangramento nas Gengivas

- Recomendar o uso de escova de dente macia e massagem na gengiva;
- Encaminhar ao atendimento odontológico, sempre que possível.

Varizes

- Evitar permanecer muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;
- Repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas (se possível);
- Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem

meias 3/4 ou 7/8;

- Utilizar meia elástica para gestante, se possível meias Kendall® % média e suave compressão (quando existir varizes) e para prevenção.

Cãimbras

- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;
- Evitar excesso de exercícios;
- Sugerir alimentos ricos em potássio (banana, tomate, etc.).

Cloasma Gravídico

- Orientar o uso de bloqueador solar (fator acima de 15);
- 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 boné, chapéu ou sombrinha).

Estrias

- Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentavam cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar nacaradas (de cor perolada);
- Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais com substâncias oleosas, na tentativa de preveni-las e o uso de hidratantes.

Orientações Nutricionais

Alimentos permitidos

- **Frutas:** as cítricas como laranja, tangerina, acerola, pêssigo, abacaxi, mamão, melão, pêra, maçã, figo, coco, morango, banana, goiaba, uva, kiwi, abacate (com

moderação) e outras.

- **Verduras:** todas, desde que sejam bem lavadas, as principais são: alface, agrião, couve verde, vagem, cenoura, couve-flor, repolho, pimentão verde, rúcula, espinafre, brócolis, escarola.
- **Legumes, raízes e tubérculos:** tomate, cebola, alho, chuchu, beterraba, berinjela, abobrinha, vagem, pimentão, batata, mandioquinha, palmito.
- **Cereais:** devem ser ingeridos com moderação: feijão, "arroz (pouco para evitar prisão de ventre), milho, nozes, aveia, trigo, lentilha, grão de bico, germe de trigo e pão de trigo integral".
- **Carnes:** de preferência branca, magra e bem cozida, como frango sem pele, carne magra (vaca, etc.), mas do bovino fica a grande indicação para o bife de fígado bem cozido; e os miúdos do frango. Os peixes podem ser ingeridos todos, sem exceção.
- **Leite:** sempre devem ser ingeridos e dos seus derivados destaca o queijo branco, iogurte, Yakult. Os queijos amarelos são muito gordurosos, portanto devem ter restrições.
- **Ovos:** devem ser ingeridos até 2 por dia.
- **Hidratação:** água e suco de frutas.

Alimentos de uso moderado

1. **Massas:** pizzas, pão, macarrão, nhoque e outros.
2. **Doces.**
3. **Açúcar:** usar pouquíssimo; adoçantes, se necessário.
4. **Frituras:** o mínimo necessário.
5. **Carne:** vermelhas e de porco, camarão (alergia), gordurosas (uso moderado).
6. **Arroz:** no máximo 05 colheres por refeição.
7. **Chocolate:** (alergia).

Alimentação

A alimentação deve ser feita várias vezes ao dia (intervalo de 2 horas) e de

pouca quantidade: evita azia, queimações, náuseas e hipoglicemia (queda de açúcar no sangue). Os alimentos devem ser sempre naturais ou congelados, evitar os enlatados. Polivitamínicos - utilizar quando indicado, ao menos uma vez durante a gestação.

Hábitos

Fumo, álcool e drogas estão totalmente contra indicados na gestação pelo aumento de RN de baixo peso com distúrbios neurológicos (epilepsia, convulsões, dificuldade de aprendizado, etc.).

Peso

Numa gestação o aumento de peso deve ser no mínimo de 9 kg e no máximo de 14 kg. Esse aumento deve ser mais no 3º trimestre e menos no 1º trimestre; não fazer comparações entre o peso adquirido em gestações anteriores ou com o peso de outras mulheres porque existem diferenças individuais e fatores específicos que tem de ser levado em conta, o tipo biofisiológico das pessoas, a idade, a prática de atividades físicas e o estado geral de cada um. Ingestão de líquidos, no mínimo de 4 a 8 copos por dia. A alimentação deve sempre ser acompanhada de repouso com alto benefício materno fetal.

Doenças

Procurar entrar o mínimo necessário em contato com pessoas doentes (gripes, viroses, infecções, etc.), ou acamadas sem diagnóstico.

Higiene

A higiene bucal é feita através de escovações diárias, após as refeições; quando impedido, através de bochechos com água pura. É na gestação que aparecem os tártaros, hipertrofia gengival, gengivorragia e as cáries (saliva mais ácida por influência do hormônio e pelo metabolismo aumentado). Os tratamentos dentários podem ser feitos durante toda a gestação.

Na higiene íntima: o banho de chuveiro, o banho de imersão (piscina, banheiras, etc.). Ter cuidado com águas extremamente quentes ou frias, lavagens vaginais são totalmente contra-indicadas.

Cabelos

Não existe proibição nas lavagens semanais e até diárias na gestação e puerpério, mas está proibido o uso de pinturas, reflexos, enfim, produtos químicos.

Unhas

De mãos e pés sempre curtas e sem esmalte (propicia melhor limpeza e evita alergias).

Exposições ao sol

Sempre pelo período da manhã e com protetor solar, somente na face e sempre acompanhado de grande ingestão de líquidos.

Mamas

- Não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos;
- Evitar a expressão do peito durante a gestação para retirada do colostro, pois isto pode estimular contrações uterinas;
- Observar se o mamilo fica saliente ou se retrai quando a aréola é puxada não tem importância para a amamentação;
- Lembrar sempre que a criança mama a aréola e não o bico;
- Nenhum tipo de bico (protuso, plano ou invertido) impede a amamentação;
- O uso de sutiã ajuda na sustentação do peito. Pois é na gravidez que ele apresenta o primeiro aumento de volume;
- A partir do 5º ou 6º mês, deve ser colocado em exposição ao sol;
- O leite materno deverá aparecer no 3º ou 5º dia após o parto;
- As mamas devem ser oferecidas sempre quando solicitada pelo choro do RN ou a cada duas ou 3 horas;
- A sucção do RN é muito importante para a descida do leite;
- As mamas devem ser higienizadas durante o banho, evitando água muito quente e uso de sabonetes no mamilo para evitar fissuras;

O vestuário

Sempre de roupas largas, frouxas e claras (evita reter calor, sudorese) e evitar ficar de calcinha principalmente à noite para dormir.

Maiôs e biquínis

Nunca permanecer molhado no corpo, absorvente higiênico, principalmente OB, nunca usar na gestação.

Esportes

Só será permitido para as que já vinham praticando, mas os esportes de alto impacto são proibidos. As iniciantes devem ser orientadas pelo médico.

Atividade Sexual

Restrições conforme orientação medica.

Viagens

Deverão ser evitadas tanto por terra, ar e mar, após a 36^a semana, devido ao longo tempo na mesma posição (congestão pélvica). Não dirigir automóveis após a 34^a semana, pois a tensão, a ansiedade e insegurança à medida que o parto se aproxima aumentam.

Medicamentos

Nunca usar sem conhecimento e orientação, principalmente nos primeiros 4 meses, porque a medicação passa pela placenta e poderá fazer mal à saúde do feto, além disso, existem medicamentos totalmente proibidos para gestantes.

Movimentos fetais

Inicia-se em torno de 20 semanas, com movimentos fracos (sente estremecer) e aumenta à medida que a gestação avança até que por volta da 37^a semana começa a diminuir.

Quando procurar a maternidade

1. Inicialmente o feto se encaixa \pm 15 dias antes do trabalho de parto, que é chamado de “queda do ventre”, “barriga baixa”. Normalmente uma gestação dura 40 semanas, mas a partir da 37ª semana o bebê já está pronto para nascer (maduro). Procurar o hospital quando o trabalho de parto iniciar ou na iminência de urgência (sangramento vaginal intenso, dor intensa e contínua, etc.).
2. Perda de tampão mucoso que tem como função isolar a vagina do útero, que pode ocorrer até 15 dias antes do trabalho de parto.
3. Quando houver 3 contrações de no mínimo 35 a 40 segundos em 10 minutos no início, e que aumentam para 5 contrações de 60 segundos em 10 minutos e com intervalos indolores, causando alívio à gestante, mantendo-se frequentes.
4. Ruptura da bolsa das águas que pode ser no início ou durante o trabalho de parto (procurar ver a quantidade, a cor e o cheiro).
5. Tiver sangramento genital excessivo.
6. Quando existir dor de cabeça, vômito, enjôo, tonturas ou visão embaçada.
7. Se o RN parar de mexer por mais de 8 horas, ou se a data provável do parto passar de mais de 7 dias da data esperada.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA GESTANTES

INTERVALO VACINA ESQUEMA

1ª VISITA

DUPLA ADULTO: dT (1)

HEPATITE B (2)

1ª dose

2ª VISITA: 2 meses após a 1ª visita

DUPLA ADULTO

HEPATITE B

2ª dose

3ª VISITA: 6 meses após a 1ª visita

DUPLA ADULTO

HEPATITE B

3ª dose

Em qualquer fase gestação:

INFLUENZA Anual

A cada 10 anos Dupla Adulto = dT (1) Reforço

Caso a gestante apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado.

Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento o intervalo para reforço, previsto a cada dez anos, deve-se reduzir para cinco anos.

Reforços a cada 10 anos da 3ª dose por toda a vida.

O intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Para prevenção do tétano neonatal é importante que a gestante receba pelo menos 2 doses de vacina dupla adulto.

O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de dois meses desde que o intervalo de tempo decorrido entre a primeira e terceira dose seja, no mínimo, de quatro meses.

Utilizar os intervalos mínimos nas gestantes em que falta completar o esquema vacinal, porque elas já receberam e comprovaram a aplicação da vacina anteriormente.

Gravidez de Alto Risco

Fatores Individuais

- Idade materna < 16 e > 40 anos;
- Altura materna < 1,45 m;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

História ginecológica e obstétrica anterior

- Feto morto ou morte neonatal não explicada;
- Anormalidades uterinas;
- Trabalho de Parto Prematuro;
- Recém nascido de baixo peso;
- Hemorragia ou pressão alta em gestação anterior;
- Diabetes gestacional

Doenças maternas prévias ou concomitantes

- Cardiopatia;
- Pneumopatia crônica;
- Doença da tireóide;
- Retardo mental;
- Doenças psiquiátricas;
- Epilepsia;
- Doença hematológica;
- Infecções;
- Diabetes

Doença da gestação atual

- Crescimento uterino não compatível;
- Gestação gemelar;
- Hipertensão associada à gestação;
- Diabetes associado à gestação;
- Isoimunização;

- Ganho de peso excessivo;
- Gestante Rh negativo isoimunizada;
- Toxoplasmose (infecção aguda confirmada ou suspeita com ultrassom alterado);
- Pré-eclampsia;
- Gestação gemelar;
- Gestante HIV positivo;
- Gestante cardiopata;
- Oligoâmnio;
- Polidrâmnio;
- Suspeita de retardo do crescimento intra-uterino;
- Suspeita de rubéola;
- Obs.: Outros casos não inclusos nesta relação deverão ser individualizados e os casos de urgência deverão ser encaminhados ao pronto-socorro.

Orientação sobre os grupos educativos

Recomendações do Conteúdo para grupos durante o Pré-Natal

Mudanças fisiológicas do corpo

- Evolução do feto
- Sexualidade
- Aspectos emocionais
- Atividade física (exercícios próprios para gestantes)
- Alimentação
- Auto-cuidado e auto-estima
- Trabalhar mitos e tabus com a gestante e família
- Direitos trabalhistas da gestante
- Imunização
- Amamentação
- Cuidados com o RN
- Sinais de parto
- Tipos de parto
- Puerpério
- Planejamento familiar
- Gestantes vítimas de violência

- Gravidez na adolescência
- Depressão pós-parto

Sinais de parto

- Rompimento da bolsa d'água;
- Contrações rítmicas que não cessam;
- Dilatação do colo uterino;
- Sangramento tipo finalzinho de menstruação.

Todos são motivos para procurar a maternidade e o seu médico.

- O parto normal tem três períodos:
 1. Fase latente;
 2. Fase ativa – dilatação (trabalho de parto);
 3. Parto.
 - Se houver sangramento mais intenso, tipo sangue vivo, também é motivo para procurar a maternidade com rapidez, para maior segurança para o bebê.
 - Além do parto normal, que pode ser na posição sentada, de cócoras e na água, quais os outros tipos de partos existentes? Cesariana e Fórceps.
- ***Qual o melhor deles?***

O melhor deles é sempre aquele mais conveniente para cada caso. A intenção é que seja o mais tranquilo possível para a mãe, para o bebê, com certeza.

ATIVIDADE DE PSICOLOGIA COM GESTANTES

O apoio psicológico realizado com as gestantes é sistematizado em 4 temas: Orientação Psicológica de Início de Gravidez; Preparação Psicológica para o Parto; Apoio Psicológico à Puérpera e Orientação Psicológica à Amamentação.

Orientação Psicológica de Início de Gravidez

A gestante é conscientizada dos sintomas comuns referentes à gravidez, no entanto reforça-se a necessidade de se controlar a ansiedade para que os sintomas como: sonolência, enjôos, vômitos, constipação, dores e cólicas e outros não se acentuem ou até mesmo se atenuem. É orientada quanto aos medos e fantasias típicas nesse período.

Preparação psicológica para o parto

A gestante é preparada psicologicamente para a situação do parto quanto aos medos da morte, fantasia de sofrimento.

Apoio psicológico à puérpera

Orientação quanto à prevenção da depressão pós-parto, retomada da vida conjugal e cuidados com o bebê.

Amamentação

A gestante é orientada a intensificar de maneira harmoniosa o vínculo mãe-bebê e o quanto esse vínculo é importante para o desenvolvimento afetivo, psicológico e social do bebê.

ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA COM GESTANTES

- Orientação de exercícios preventivos e terapêuticos;
- Orientação postural e de AVDs (Atividades de Vida Diária);
- Orientação para o parto (conduta física, tipos de respiração que ajudam na hora do parto);
- Orientação para o pós-parto;
- Cuidados com as mamas;
- Massagem e manobras para a formação do bico e para evitar rachaduras;

- Fisioterapia para gestantes que apresentem dores músculo-esquelética (orientação de exercícios específicos);
- Orientação e tratamentos nas lombalgias e alterações posturais.

ATIVIDADES DE ODONTOLOGIA COM GESTANTES

- Importância da saúde bucal durante a gestação: “dogmas ultrapassados” – exemplo: gravidez perde dente?
- Etiologia da cárie e da doença periodontal e sua transmissibilidade.
- Doença periodontal como “precursora” de partos prematuros e bebês de baixo peso.
- Técnica de higiene bucal, importância da dieta não-cariogênica.

Encaminhamento para o dentista da respectiva UBS

Roteiro das consultas subseqüentes

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;

Exame físico incluindo o gineco-obstétrico

Determinação do peso - anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional da gestante;

- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíco-fetais;
- Pesquisa de edemas;
- Toque vaginal, especular e outros, se necessário;
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário;
- Controle do calendário de vacinação;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;

- Realização de práticas educativas (diálogo com a paciente e educativo em grupo);
- Agendamento de consultas subseqüentes.

O PUERPÉRIO

Puerpério (dieta, quarentena, resguardo) é o período constituído entre o parto e o retorno das condições pré-gravídicas. Em duração, varia de 6 a 8 semanas, em torno de 40 dias.

Período que se inicia com a amamentação e possíveis problemas iniciais (fissuras, inflamações e febre) até a total involução uterina. Por isso devemos nos preocupar com alguns sintomas:

Febre: muitas vezes o ingurgitamento mamário (leite retido, mama empedrada), produz febre às vezes alta, sendo necessário o esvaziamento mamário; nos intervalos das mamadas, geralmente ocorre nas primeiras semanas;

Calafrios constantes, dor mamária localizada e febre alta: devemos pensar em mastite (infecção da mama);

Hemorragia: no período do puerpério, ocorre um sangramento normal, causado pela involução uterina, cicatrização do local onde se implantava a placenta, chamada de lóquios. Varia em quantidade para cada mulher, é menor para as mulheres que amamentam, ficam avermelhados igual sangue menstrual em torno de 3 a 10 dias, após se tornam amarelados por mais 3 a 7 dias e por fim claros.

Secreção purulenta ou mal cheirosa nos pontos com a cirurgia ou episiotomia.

Obstrução/intestino preso: usar alimentação rica em fibras.

Menstruação e fertilidade: após 6 a 8 semanas as mulheres que não amamentam ou após o 4º mês, as menstruações podem voltar, embora muitas mulheres permaneçam amenorréicas enquanto amamentam. A fertilidade pode voltar com as menstruações, ou antes, delas; 20% das mulheres ovulam mesmo amamentando, apresentando alto índice de gravidez, necessitando por isso método anticoncepcional auxiliar.

Atividade sexual: após o puerpério, em torno de 6 a 8 semanas, o casal pode retornar a atividade sexual. Existe uma mistura de vários componentes nesta situação: de um lado estão se adaptando à nova constituição familiar, medo de rompimento da cicatriz, medo de sentir dor.

- **Fissuras**

Se as fissuras aparecem, procurar acalmar a mãe, lavar os seios no momento do banho, podendo usar sobre os mamilos, nos intervalos das mamadas, qualquer um dos seguintes produtos caseiros:

- Utilizar o próprio leite nos mamilos após cada mamada.
- Corrigir posição e pega do Recém nascido.
- Alternar as posições de pega do Recém nascido (sentado, invertido).
- Se possível, expor os seios ao Sol ou luz de lâmpada comum aproximadamente 30 a 40 cm por 10 a 15 minutos 2 vezes ao dia, para ajudar na cicatrização.
- Orientar para que ofereça os dois seios, iniciando pelo que estiver menos dolorido.

Mastites

- Inflamação da mama caracterizada por edema, dor, rubor e febre não necessariamente de origem infecciosa;
- Limpar os mamilos antes e depois das mamadas, para evitar que fiquem resíduos de leite;
- Na hora de amamentar, fazer com que a boca do bebê preencha todo o mamilo;
- Usar soutiens para sustentação;
- Fazer o bebê mamar nas duas mamas, e em cada mamada, iniciando por aquela que foi ofertada por último;
- Não deixar o bebê morder o mamilo para que não se formem fissuras;
- Se após a amamentação, a mama não esvaziar proceder à retirada do leite com ordenha manual.

Visita Domiciliar da Puérpera (Estratégia Saúde da Família)

- A visita domiciliar da puérpera deverá ser realizada assim que ela chegar ao domicílio e até o 7º dia após o parto, visando acolher e garantir toda assistência de enfermagem.
- Identificar o tipo de parto e possíveis intercorrências.

- Ouvir e orientar a parturiente em relação às suas ansiedades, dúvidas e possíveis dificuldades;
- Identificar durante o exame físico:
 - Característica de lóquios;
 - Aspecto das mamas e incisão cirúrgica;
 - Sinais de infecção puerperal;
 - Coloração da mucosa;
 - Avaliação da involução uterina;
 - Verificar sinais vitais, avaliar a função intestinal e urinária;
 - Avaliar presença de dor abdominal e cólica;
 - Solicitar para que ofereça a mama, identificar a pega e aceitação do RN;
 - Sinais da “Boa Pega”:
 - A boca está bem aberta;
 - O lábio inferior voltado para fora;
 - O queixo toca o seio;
 - Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;
 - A barriga da criança encosta na barriga da mãe;
 - Orientar os cuidados com as mamas para prevenção de fissuras.
 - Identificar a dinâmica familiar e a rede de apoio;
 - Avaliar situação vacinal e encaminhar a parturiente, se necessário, para receber a dupla viral e 3ª dose da dT;
 - Reforçar as orientações do planejamento familiar;
 - Programar a consulta médica de puerpério para 40 dias.

Os Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde realizarão a consulta da puérpera na UBS até o 7º dia após o parto e avaliarão os mesmos itens da visita domiciliar. *Fluxo: a equipe da maternidade antes da alta hospitalar agendará consulta puerperal na Unidade.*

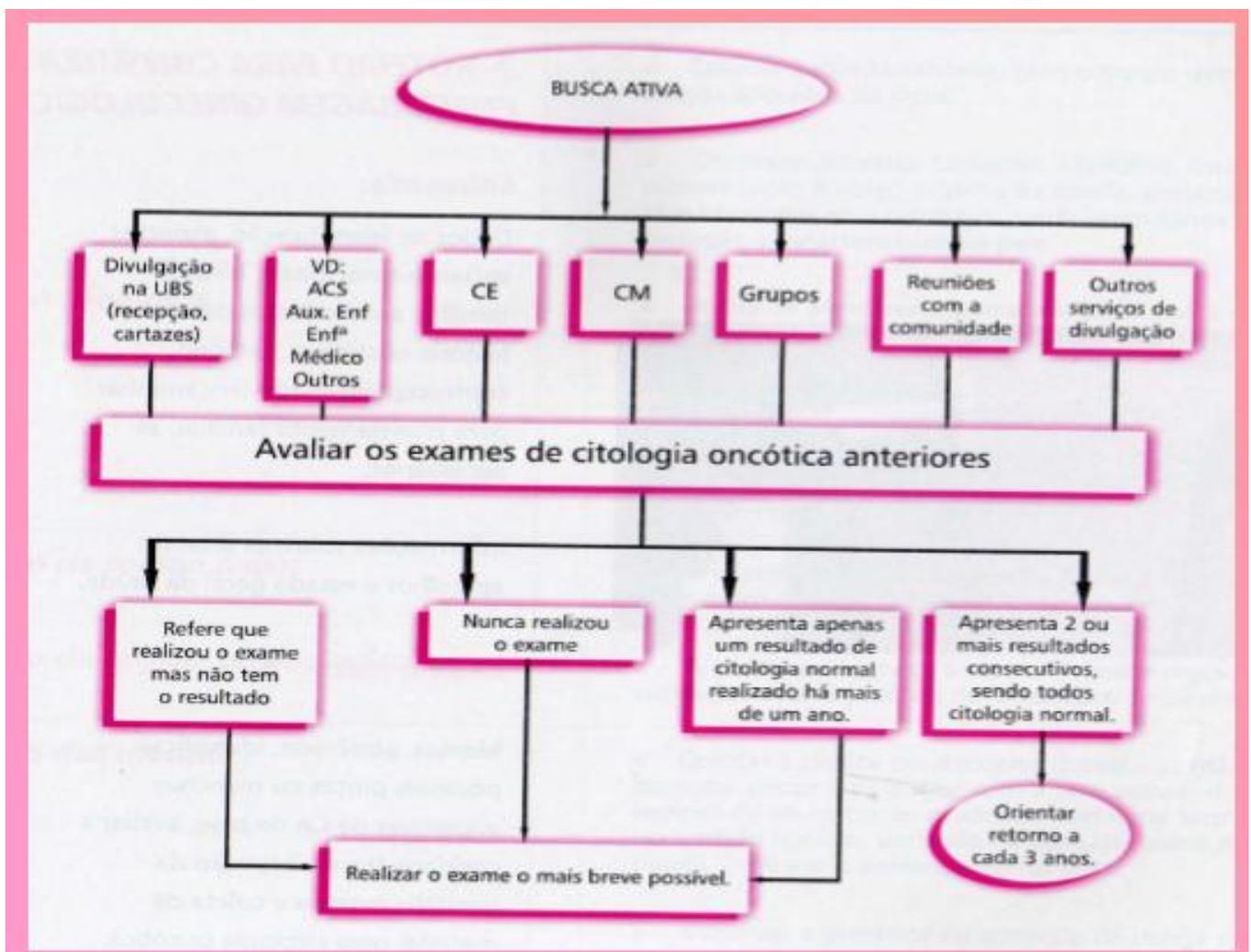
ROTEIRO PARA COLETA DE PAPANICOLAU

ORIENTAÇÕES

Orientar o retorno para avaliação do resultado do exame, de acordo com a rotina do serviço; deve-se convocar os exames alterados ou clientes faltosos.

FINALIDADE

Adequar o profissional para executar e orientar, direcionar os resultados para leitura do exame (suporte).



Equipamentos necessários para coleta de Papanicolau

- Mesa Ginecológica;
- Mesa auxiliar;
- Foco de Luz (luz fria);
- Escada de dois degraus;
- Cesto de lixo contaminado;

Materiais necessários para coleta

- Luvas de procedimento;
- Espéculos pequeno, médio e grande;
- Fixador citológico;
- Escova cervical;
- Espátula de Ayre;
- Lâmina com ponta fosca para microscopia;

- Pinça Cheron;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gazes esterilizadas;
- Lençol descartável;
- Ácido Acético 2%;

- Equipamento de proteção individual (EPI);
- Recipiente para acondicionamento de lâminas coletadas;
- Balde com solução desencrostante em caso de instrumentos não descartáveis;

- Formulário de requisição e de remessa de exames;

- Livro de registro;
- Lápis nº 2;
- Borracha;
- Caneta azul;
- Régua.

ORIENTAÇÕES PRELIMINARES

Levantar o prontuário da usuária, orientar a paciente sobre o desenvolvimento do exame procurando deixá-la menos ansiosa, descrever para a mulher em grupo ou individualmente como será realizada a coleta de exame, a importância e os resultados, demonstrando também a técnica do auto-exame da mama; solicitar para que a paciente esvazie a bexiga.

ROTEIRO PARA COLETA (CRITÉRIOS)

Pacientes que tenham iniciado vida sexual a mais de um ano e que já tenham colhido a mais de um ano, ou que nunca tenham colhido, ou com indicação médica com menos de um ano.

Iniciando a Coleta

- Queixa atual (se tem queixa ou preventivo);
- DUM;
- Início da atividade sexual;
- * Período do último coito (24 horas);
- * Observar, anotar e especificar: corrimento (coloração, odor), prurido, uso de métodos contraceptivos, presença de dor no ato sexual, sangramento fora do período menstrual.

Questionário

- * Verificar se a paciente é **virgem** (se for **não colher**, encaminhar para o médico);
- * Perguntar se já teve filhos por parto normal (via vaginal, para escolha do espécuro);
- * Perguntar se está grávida ou se há suspeita de estar (se confirmado, **não** realizar exame endocervical).

Fatores que interferem na coleta

- * Pacientes com histerectomia sub-total (colo permanece, realizar coleta normal); Pacientes histerectomizadas total (via de regra colher somente de pacientes com antecedentes de C.A. de colo);
- * Não estar menstruada há pelo menos 3 dias;
- * Não ter tido relação sexual por pelo menos 24 horas;
- * Uso de pomadas;
- * Observar e anotar pós-coleta: integridade do colo, utilizando figuras para a descrição dos achados;
- * Presença de corrimento, sangramento ou odor ao procedimento;
- * Orientar o retorno para avaliação do resultado de exame, de acordo com a rotina do serviço. Deve-se convocar os exames alterados ou clientes faltosos.

Técnica da Coleta

1) Solicitar à paciente que esvazie a bexiga.

- Em seguida, solicitar que ela retire a parte inferior da roupa, dando-lhe um
 - lençol para que se cubra;
- Ajudar a cliente a posicionar-se na mesa (posição ginecológica);
- Iniciar o exame através da inspeção da vulva e da vagina;
- Introduzir o espécuro sem lubrificá-lo com óleo ou vaselina; recomenda-se, em casos de pessoas idosas ou de vagina ressecada, o uso de espécuro umedecido com soro fisiológico;
- Introduzi-lo em posição vertical e ligeiramente inclinado (inclinação de 15%).
- Iniciada a introdução, fazer uma rotação de 90 graus deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécuro fique na posição horizontal;
- Uma vez introduzido totalmente na vagina, abri-la lentamente com delicadeza e, se ao visualizar o colo houver uma grande quantidade de muco ou secreção, secá-la delicadamente com uma gaze montada em uma pinça

Cheron, sem esfregar para não perder a qualidade do material a ser colhido;

- Utilizar a espátula de madeira tipo Ayres, do lado que apresenta reentrância;
- Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra;
- Dificuldades para visualização do colo, sugerir que a paciente tussa; não sentindo efeito, tentar manobra de manipulação delicada com os dedos para afastar as paredes vaginais. Se mesmo após essas manobras, não conseguir visualizar o colo, não insistir.

2) Realizar coleta da ectocervice e fazer um esfregaço na lâmina utilizando 1/3 do espaço disponível, com movimento vertical em movimento único de cima para baixo, usando os dois lados da espátula.

3) Com a escovinha realizar a coleta da endocervice, fazendo um esfregaço na lâmina ocupando o restante do espaço disponível (exceto em gestante) em movimento rotativo na extremidade contrário ao uso.

4) Fazer a fixação da lâmina imediatamente após a coleta, armazenando as lâminas separadamente em recipiente adequado.

- 20 cm de distância entre lâmina e spray;
- Não ultrapassar 3 minutos entre coleta e fixação;
- Molhar a lâmina o suficiente para escorrer, sem pingar.

Observações

- O funcionário deverá estar utilizando o equipamento de proteção individual (EPI), indicado para o procedimento;
- Em lâminas fixadas com spray ou gotas, estas deverão ser enviadas ao laboratório na mesma semana da coleta, a fim de garantir o espaço mínimo entre coleta e leitura (15 dias).

Observação da Técnica (coleta)

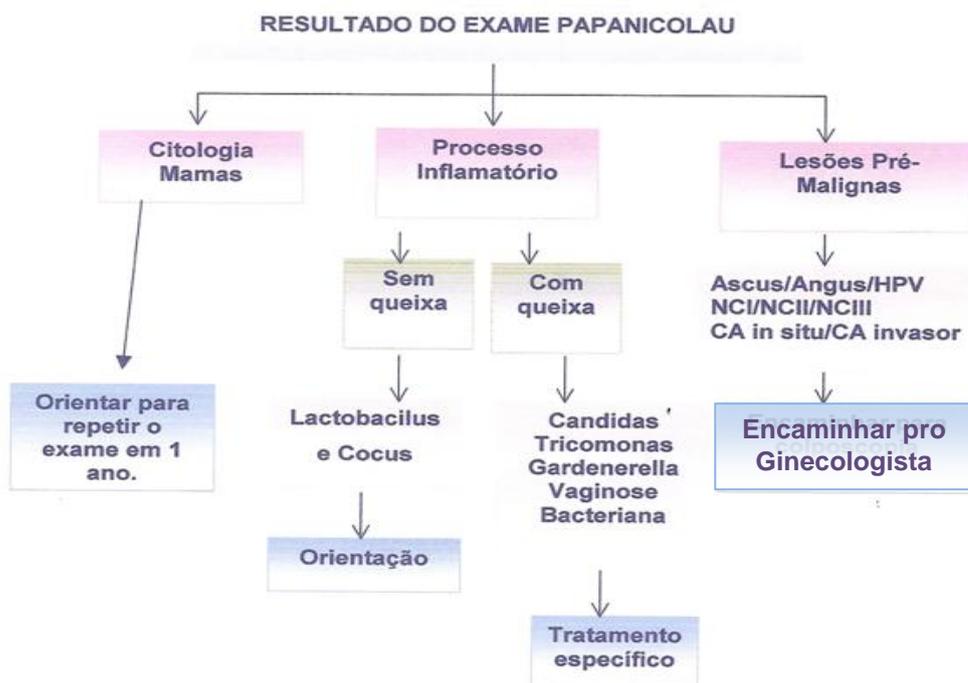
Não usar algodão durante a coleta. Não esfregar a escova na lâmina e sim - girar. Evitar sangramento durante a coleta.

Observações Finais

- 1) Verificar habilidade no manuseio do preservativo e estimular seu uso em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro único;
- 2) Informar sobre preservativo feminino, viabilizando o seu uso;
- 3) Em caso de prurido, indicar o preparo e a utilização do banho de assento, várias vezes ao dia com chá de camomila;
- 4) Esclarecer os riscos de se ter vários parceiros sem o uso de preservativo;
- 5) Orientar o uso de roupas mais folgadas e de algodão, que facilitem a ventilação e diminua a umidade local;
- 6) Explicar os mecanismos de transmissão;
- 7) Enfatizar a importância de tratar o parceiro e o uso correto de medicação;
- 8) Evitar a relação sexual no período de tratamento, não sendo possível, fazer uso de preservativo;
- 9) Importância do retorno após 15 dias do término do tratamento;
- 10) Orientar que, diante de qualquer dúvida ou reação medicamentosa, deve-se procurar algum profissional da equipe para melhores esclarecimentos;
- 11) Orientar higiene pessoal mais freqüente durante o fluxo menstrual;
- 12) Orientar higiene logo após ato sexual;
- 13) Orientar a não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento e até 24h após a sua conclusão;
- 14) Orientar a ingestão de medicamentos às refeições;
- 15) Orientar o modo correto da higiene dos genitais;
- 16) Evitar uso de talco e outros produtos perfumados;

- 17) Evitar o abuso de antibióticos;
- 18) Evitar o uso de papel higiênico perfumado, áspero e colorido;
- 19) Fatores agravantes de corrimento:
- Doenças endócrinas como diabetes;
 - Uso de imunossupressores;
 - Uso de anticoncepcional;
 - Deficiência hormonal;
 - Obesidade.

Fluxo – Resultado de Papanicolau



CORRIMENTO E PRURIDO VULVAR

CORRIMENTO

O conteúdo vaginal constitui-se do produto da secreção dos epitélios glandulares, associada à transudação do epitélio epidérmico. Este conteúdo pode aumentar no pré-mênstruo e nos momentos de excitação sexual, quando ocorre congestão pélvica, o que é normal. Quando, no entanto, o conteúdo vaginal aumenta considerável e permanentemente, de forma a exteriorizar-se através dos órgãos genitais externos, chegando a manchar as vestes, diz-se haver corrimento ou

leucorréia.

A denominação leucorréia (leuco significa branco) é imprópria para a designação genérica de corrimento que, em muitos casos, se apresenta de cor amarelo-esverdeada, parda e tinto de sangue.

Em geral, dois órgãos são responsáveis pelo corrimento genital: a vagina e o colo do útero.

Agentes etiológicos: Os agentes mais comuns do corrimento na mulher adulta são: germens sépticos, trichomonas, leveduras, gonococos, papilomavírus, chlamydia, bacilos difteróides e gardnerella.

Propedêutica: A queixa da paciente desempenha papel de relativa importância, pois, muitas vezes, mulheres de baixo padrão higiênico não referem corrimento quando este realmente existe, enquanto que, em pacientes muito preocupadas com os problemas da esfera sexual, a queixa de corrimento não encontra confirmação.

Pratica-se o exame especular. Pequena quantidade de secreção, no fundo da vagina e ao longo das paredes vaginais é normal.

Corrimento intenso, líquido, amarelo-esverdeado, que apresenta pequenas bolhas de ar, é geralmente causado por Gardnerella. Se o corrimento for branco e grumoso, causa prurido intenso na vulva, pode ser consequência de candidíase. A cervicite, principalmente a endocervicite, produz corrimento amarelo, espesso, catarral. Se o agente é o gonococos, sabendo-se que este gérmen tem predileção pelos epitélios cilíndricos, podem aparecer a uretrite, a bartholinite e a própria cervicite.

O exame bacteriscópico permite avaliar o grau de pureza vaginal:

- * Grau I: mostra células de descamação e bacilos de Doderlein;
- * Grau IV: revela ausência dos referidos bacilos, grande quantidade de leucócitos e presença de cocos Gram-positivos e Gram-negativos.

Obs: Os graus intermediários marcam toda a gama de alterações que se pode encontrar entre o ambiente vaginal normal e o patológico. Assim, se tem idéia da

capacidade de defesa da vagina.

Tratamento: A terapêutica do corrimento consiste em combater o processo inflamatório localizado na cérvix ou nas paredes vaginais.

PRURIDO VULVAR

O prurido localizado nos órgãos genitais externos pode ocorrer em qualquer época da vida da mulher. Nas climatéricas e idosas, adquire importância especial porque pode ser a expressão clínica da distrofia vulvar.

Classificação e etiologia: O prurido vulvar classifica-se em idiopático e orgânico. Idiopático é aquele cuja causa não se pode comprovar. Orgânico é o decorrente de causa identificada, que pode ser genital ou geral, como segue:

- Vulvite;
- Eczema;
- Corrimento;
- Fístulas;
- Distrofia vulvar;
- Hipoestrogenismo.

Para estudo mais aprofundado da etiologia do prurido vulvar, dividimos as pacientes em três grupos: crianças e adolescentes, mulheres na menacme e pacientes climatéricas e idosas.

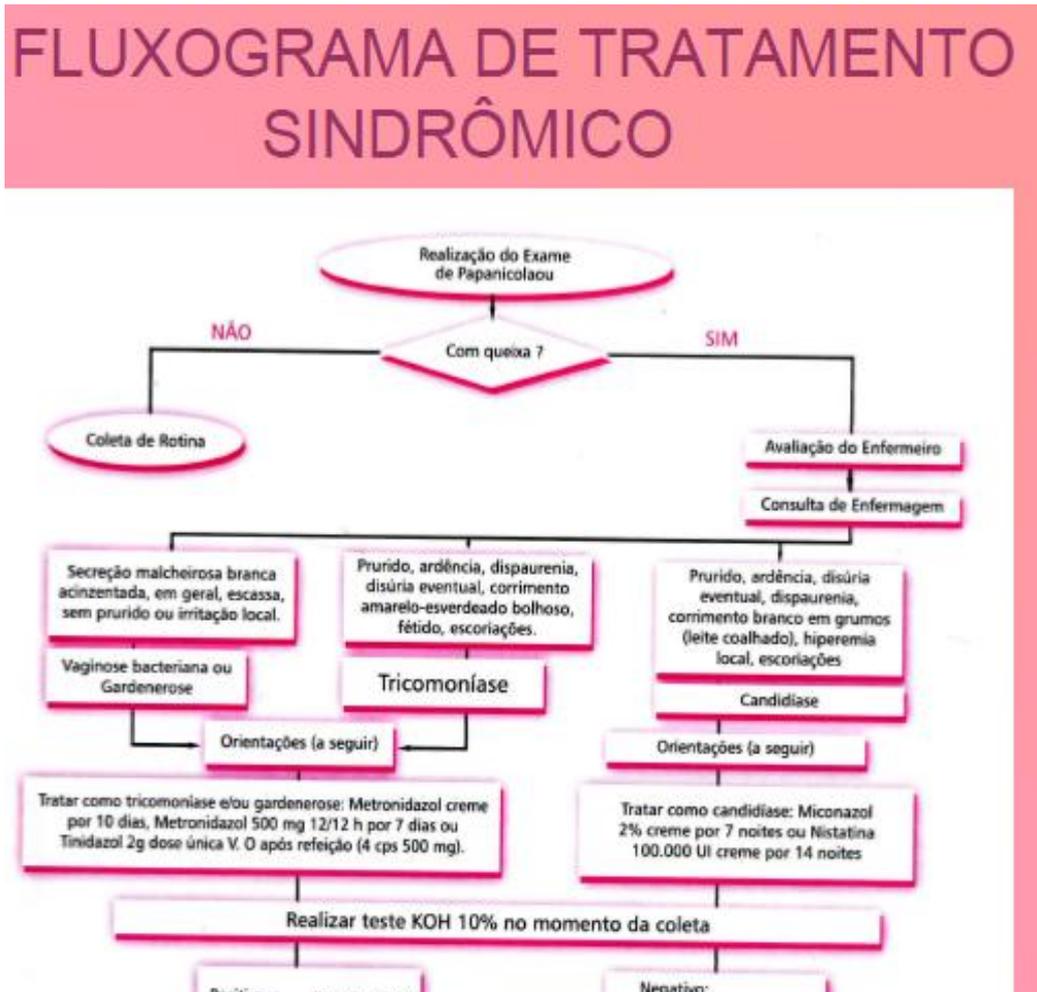
Sinais e sintomas: Além da sensação pruriginosa, a paciente pode queixar-se de dor local, decorrente de eventual inflamação secundária. Pode ocorrer, igualmente, disúria.

Propedêutica: Anotada a queixa da paciente, é muito importante a inspeção da vulva, com vistas à descoberta de placas esbranquiçadas ou zonas eritematosas, sinais de inflamação. O exame especular permitirá o encontro de eventual corrimento.

Tratamento: Se o prurido for de causa orgânica, o tratamento adequado do agente causal fará desaparecer o sintoma.

Para o prurido idiopático, de difícil tratamento, vários recursos podem ser adotados.

Obs: A extirpação cirúrgica da zona pruriginosa deve ser realizada em última instância, quando todos os recursos empregados se revelarem inoperantes.



FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO SINDRÔMICO NA GESTANTE

Exame físico das mamas:

Auto-Exame:

Todas as mulheres devem fazer regularmente o exame logo após a formação das mamas; o melhor período de sua realização é de 7 a 10 dias após menstruação, quando as mamas ficam menos túrgidas, e para mulheres que não menstruam, encontram-se no climatério ou amamentando, ou histerectomizadas, orientar para escolha arbitrária de um dia do mês. A alteração a ser procurada é basicamente endurecimento nodular localizado.

• Inspeção Estática

- Colocar a cliente sentada, com o tronco desnudo e os braços apoiados na coxa.

- Observar: simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, presença de abaulamento e/ou retrações, saída espontânea de secreção e características da pele.

Inspeção Dinâmica

- 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.
- Observar; presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em caso de carcinoma.

Palpação da região axilar

- A cliente permanece sentada. Apoia o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador.

Palpação da região supraclavicular

- A cliente permanece sentada. Palpar a região supraclavicular à procura de linfonodos palpáveis.
- 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 de aréola e papila mamária.
- A cliente permanece deitada. Pressionar a aréola entre os dedos polegar e indicador, observando presença de secreção.
- Repetir o movimento na papila mamária

Planejamento Familiar

Entende-se por Planejamento Familiar como um conjunto de ações de regulação de fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

O Planejamento Familiar orienta-se por ações preventivas e educativas, pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. O Planejamento Familiar é direito de todo cidadão.

Para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção, onde deverá ser informadas sobre seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: **- em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou com dois filhos vivos**, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

O risco de vida a saúde da mulher, ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado. Após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

❖ **Público Alvo**

Homens, mulheres e casais de nosso município, freqüentadores das Unidades Básicas de Saúde.

❖ **Objetivos Gerais**

Informar os direitos garantidos pela Constituição Federal, de assistência especializada e acesso a recursos que permitam ao casal decidir se quer ou não ter filhos.

❖ **Objetivos Específicos**

- Orientar sobre os métodos contraceptivos existentes;
- Decidir quando e quantos filhos o casal deseja;
- Orientar sobre as vantagens e desvantagens de cada método existente;

❖ **Rotina de Atendimento**

Os pacientes que se enquadrarem na legislação e demonstrarem interesse para realizar método de contracepção definitivo (laqueadura e vasectomia), sob a orientação do Profissional Enfermeiro preencherão a ficha de comitê de ética e ficha de encaminhamento para esterilização (em anexo) na Unidade Básica de Saúde, com os dados do paciente e um número de telefone atualizado e enviar para o setor de Planejamento Familiar no CEMEM e após o reconhecimento da assinatura do casal e orientar o cliente que a equipe do Planejamento Familiar entrará em contato para dar segmento, será colhido exames e agendado consulta médica para avaliação e conduta.

As gestantes que demonstrarem o interesse pelo método definitivo e se enquadrarem na legislação do Ministério da Saúde terão o mesmo segmento.

❖ **Equipe da Comissão**

- Enfermeiras
- Médicos Ginecologistas
- Médicos Urologistas
- Médico
- Psicóloga

❖ **Atribuições de Cada Profissional**

Enfermeira: amplia orientação sobre todos os métodos contraceptivos existentes, através de material especializado e encaminhamento da documentação para o CEMEM.

Médicos: consulta dos interessados e análise das documentações para realização da esterilização definitiva e agendamento das referidas cirurgias.

Psicóloga: análise psicológica dos interessados.

PROCEDIMENTOS GERAIS NOS GRUPOS EDUCATIVOS – Planejamento Familiar

- Indicar os conhecimentos, crenças e valores do grupo sobre sexualidade e planejamento familiar, bem como os mitos, tabu e preconceitos ligados à vida sexual e reprodutiva, estimulando a reflexão sobre os mesmos.
- Conceituar planejamento familiar e apontar suas vantagens.
- Fornecer noções sobre anatomia e fisiologia da reprodução.
- Apresentar todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, explicando as características de cada método.
- Permitir que os participantes vejam e manipulem os diferentes métodos anticoncepcionais.
- Informar sobre prevenção do câncer de colo uterino e das DSTs/HIV e sobre a detecção precoce do câncer de mama.
- Abordar temas educativos segundo o interesse manifestado pela clientela.
- Facilitar a (ao) cliente a expressão de sentimentos.
- Utilizar linguagem acessível, simples e precisa, procurando esclarecer as dúvidas.

ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- A escolha da mulher, do homem ou do casal;
- Características dos métodos;
- Fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método.

CARACTERÍSTICAS DOS MÉTODOS

- Eficácia;
- Efeitos secundários;
- Aceitabilidade;
- Disponibilidade;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade;
- Proteção a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

Métodos comportamentais

1. **Método OGINO-KNAUS (Ritmo, Calendário ou Tabelinha):** Baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós ovulatório) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação.
2. **MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL CORPORAL:** Fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual.
3. **Método do Muco Cervical ou BILLINGS:** Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva.
4. **Método Sinto-Térmico:** Baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade. Fundamentalmente, ele combina a observação dos sinais e sintomas relacionados à temperatura basal corporal e ao muco-

cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação.

5. **Método do Colar:** É uma simplificação do método de Ogino-Knaus que facilita e encurta o tempo requerido para ensinar/aprender a utilizar a abstinência periódica e proporciona um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual.
6. **Outros Métodos de Barreiras:** Além dos métodos descritos acima, existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais, já que reduzem o risco de uma gravidez indesejada. São elas: a relação sexual sem penetração e a interrompida antes da ejaculação (coito interrompido).

Métodos de Barreiras

1. **Preservativo Masculino:** Consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação impedindo o contato com a vagina, assim como impede os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.
2. **Preservativo Feminino:** O preservativo feminino é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano.
3. **Diafragma:** É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozóides no útero e trompas.
4. **Geléia Espermaticida:** São substâncias químicas que recobrem a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides no canal cervical e, bioquimicamente, imobilizando ou destruindo os espermatozóides.

Anticoncepção Hormonal Oral

Os anticoncepcionais hormonais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção.

1. **Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados:** São componentes que contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher.
2. **Anticoncepcionais Hormonais Orais apenas de Progestogênio:** São comprimidos que contêm uma dose muito baixa de progestogênio, que promove o espessamento do muco vaginal, dificultando a penetração dos espermatozóides, e inibe a ovulação em aproximadamente metade dos ciclos menstruais.

Anticoncepção Hormonal Injetável

São anticoncepcionais hormonais que contêm progestogênio ou associação de estrogênio e progestogênios, para administração parenteral (I.M.), com doses hormonais de longa duração.

1. **Anticoncepcionais Hormonais Injetáveis com Progestogênio Isolado:** O anticoncepcional hormonal injetável, aprovado para uso no Brasil, é um derivado da 17alfahidroprogesterona, preparado em suspensão microcristalina, para administração intramuscular profunda. Além de inibirem a ovulação aumentam a viscosidade do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozóides.
2. **Anticoncepcionais Hormonais Injetáveis Combinados:** As diferentes formulações dos anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados contêm um éster de estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozóides.

Dispositivo Intra-Uterino

Os dispositivos intra-uterinos são artefatos de polietileno aos quais podem ser adicionados cobre ou hormônios que, inseridos na cavidade uterina, exercem sua função contraceptiva.

Atuam impedindo a fecundação porque tornam mais difícil a passagem do espermatozóide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo.

ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um método contraceptivo cirúrgico, definitivo, que pode ser realizado na mulher por ligadura das trompas (Laqueadura ou Ligadura Tubária), que consiste em evitar a fecundação mediante impedimento do encontro dos gametas, devido à obstrução das trompas. No homem, consiste em impedir a presença dos espermatozóides na ejaculação, por meio da obstrução dos canais deferentes.

A eficácia da vasectomia é alta, utilizando-se a técnica mais moderna, sem bisturi. A taxa de falha é de 0,1 a 0,15%. Na laqueadura, a taxa de falha é de 0,5%.

A recanalização tubária é possível por microcirurgia. Porém, apenas 50% das mulheres submetidas à laqueadura tubária apresentam condições técnicas para a recanalização. Os relatos dos resultados das microcirurgias apontam para até 90% de taxa de recanalização. Vale ressaltar que nem sempre recanalização significa gravidez e que uma alta da proporção das gravidezes após a recanalização termina sendo tubária. São poucos os casais que conseguem realizar esta cirurgia, por falta de serviços especializados, desistência devido à necessidade de múltiplos exames ou medo de nova cirurgia. Por estas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo dos casais que solicitam estes métodos.

CLIMATÉRIO

A assistência à mulher climatérica deve ser direcionada à manutenção da sua saúde, da qualidade de vida e para os aspectos preventivos. Por essa razão, deve se levar em conta os transtornos genéticos da paciente. O conhecimento das diferentes patologias que mais incidem neste momento se faz obrigatória para uma atenção adequada e de boa qualidade nesta fase da vida.

O climatério corresponde à fase da vida da mulher onde ocorre a transição do período reprodutivo até a senectude ou senilidade. Varia, em geral, dos 40 aos 65 anos.

Pode ser dividido em:

- Pré-menopausa: inicia-se em geral após os 40 anos e se apresenta com ciclos menstruais regulares ou por pequenas irregularidades, havendo também diminuição da fecundidade.
- Peri-menopausa: começa dois anos antes da última menstruação e estende-se até um ano após, caracterizando-se por ciclos menstruais regulares e alterações hormonais intensas.
- Pós-menopausa começa um ano após o período menstrual, no qual se mantém os sintomas de fogachos (ondas de calor), alterações na pele, irritabilidade nervosa, etc.

O climatério caracteriza-se pela diminuição progressiva até a parada total da produção dos hormônios femininos. Isto acarreta o aparecimento dos sintomas de onda de calor, acompanhado de sudorese e insônia em cerca de 75% das mulheres.

Os sintomas de irritabilidade nervosa que se confundem com períodos de vida pela qual a mulher está passando com a família (filhos, marido, parentes).

PROTOCOLO DO CLIMATÉRIO

História clínica, exame ginecológico, medida de altura e pressão arterial.

Exame de laboratório: dosagem de FSH (mais importantes: hemograma, glicemia em jejum, colesterol total, HDL, LDL, VLDL e triglicérides).

Ultrassonografia pélvica, de preferência transvaginal, com medida de espessura do endométrio e com rastreamento dos tumores ovarianos se sintomas ou a cada 5 anos.

Colpocitologia oncótica anual, mamografia bilateral inicial e controle a cada dois anos nas mulheres que não fazem uso de hormônio e um ano nas mulheres que fazem uso de hormônio.

Densitometria de coluna lombar lateral ou femural; se indisponível, utilizar o Índice de Massa Corporal (IMC) = peso dividido pela altura elevada ao quadrado.

Toda paciente que iniciar o TRH deve ser esclarecida sobre os riscos, benefícios e necessidades de acompanhamento.

CONTROLE APÓS INÍCIO DO TRH

- Reconsulta em 90 dias e controle a cada 6 meses;
- Quando houver sangramento irregular, fazer ultrassonografia transvaginal.
- Termo de consentimento para TRH;

Em casos especiais, como Hipertensão/Diabetes Mellitus, Epilepsia, o tratamento deve ser individualizado.

SISPRÉNATAL

O SISPRÉNATAL é um software que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde.

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria / GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

OBJETIVO

Garantir o acesso e melhorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Captar precocemente a gestante;
- Garantir o acesso da gestante aos diferentes níveis de complexidade da assistência;
- Estabelecer o vínculo entre o pré-natal e parto;
- Garantir a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

AÇÕES ESSENCIAIS DO PROGRAMA

- Primeira consulta do pré-natal até o 4º mês de gravidez;
- Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o parto;
- Aplicação de vacina anti-tetânica – dose imunizante – segundo esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - ABO-Rh
 - VDRL
 - Sumário de Urina
 - PPF
 - Glicemia
 - Hb/Ht
 - Testagem Anti-HIV
 - Sorologia para Toxoplasmose
 - Rubéola
 - HBSAg

NORMAS DO SISPRENATAL

1. O SISPRENATAL permite o cadastramento da gestante independentemente da data da última menstruação, mas para que o município receba o incentivo ela deve estar entre 29 e 120 dias da DUM.
2. O SISPRENATAL permite cadastrar gestantes que estão fora das exigências para o recebimento do incentivo de cadastramento e/ou conclusão do pré-natal. No momento do parto, o hospital terá o direito de receber o incentivo relativo ao parto, bastando para isso gerar uma AIH utilizando o número da gestante no SISPRENATAL.
3. Quando a gestante faz o cadastramento em um determinado município e realiza as consultas em outro, o município onde ela se cadastrou recebe o Incentivo

relativo ao cadastramento, mas nenhum dos dois receberá o incentivo do acompanhamento (conclusão do pré-natal).

4. Se uma paciente que não completar o pré-natal devido a uma emergência (como por exemplo um parto prematuro), não tiver cumprido todas as exigências do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (exames, vacinas, consultas, etc.), o município não receberá o incentivo.
5. Se a gestante intercalar as consultas do posto de saúde com outras em clínicas particulares, essas não poderão ser lançadas na ficha de acompanhamento da gestante, pois o PHPN não permite consultas particulares.
6. Pode-se completar os dados da gestante no SISPRENATAL a qualquer momento. O faturamento só será realizado se todas as exigências forem cumpridas (consultas, vacinas, exames, consulta de puerpério).
7. O cadastramento da gestante é considerado como a primeira consulta de pré-natal. As cinco consultas restantes serão anotadas na Ficha de Registro Diário do Atendimento das Gestantes (FRDAG).
8. Cada número de cadastro é válido para uma única gestante, em uma única gestação, independente do seu curso (aborto, parto prematuro, abandono do pré-natal ou outro motivo).
9. É importante estabelecer e efetivar as rotinas para:
 - Captação precoce das gestantes;
 - Ações educativas das gestantes;
 - Oferta do teste Anti-HIV;
 - Oferta de exames de urina, glicemia e VDRL no 1º trimestre;
 - Retorno da puérpera à unidade de saúde para a consulta puerperal.
10. A consulta puerperal deve ser realizada até 42 dias após o parto. O SISPRENATAL aceita o lançamento da consulta puerperal até três meses após a data provável do parto, para possibilitar a busca ativa das mulheres que não retornarem à unidade de saúde no período puerperal regular.

NORMAS E ROTINAS: ATRIBUIÇÕES E PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

OBJETIVO

Universalizar os procedimentos em todos os níveis de atuação, permitindo um real impacto sobre a efetividade dos programas e atenção básica e dos indicadores de saúde.

REGULAMENTAÇÃO

De acordo com:

- Regulamento do Exercício da Enfermagem (COREN), Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, Decreto nº. 94.406 de 08 de junho de 1987, art. 8º, inciso II, alínea C:

“É incumbência do enfermeiro, a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição.”

- Resolução do COFEN – 195 de 18 de fevereiro de 1997 – dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro – art. 1º:

“O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais”.

- Assistência Pré-Natal: Manual técnico – Ministério da Saúde – 2000 – pág. 18:

“De acordo com a LEI do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela Enfermeira”.

ANEXOS

- Anexo I - Protocolo de Triagem para Gestante com Diabetes Gestacional
- Anexo II - Consentimento Informado para a Realização de Laqueadura
- Anexo III - Ficha de Encaminhamento para Esterilização Cirúrgica
- Anexo IV - Comitê de Ética – Encaminhamento para Método Contraceptivo
- Anexo V - SAE Ginecologia e Obstetrícia
- Anexo VI - Ficha Ginecologia e Obstetrícia
- Anexo VII - Ficha Controle – Acompanhamento do Pré-natal
- Anexo VIII - Cartão de Controle de Distribuição de Métodos Contraceptivos
- Anexo IX - Artigo Ministério da Saúde
- Anexo X - Glossário e Bibliografia