

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO
MUNICÍPIO DE JARDINÓPOLIS-SÃO PAULO**

PATRICIA REGINA PIZZORUSSO

UBERABA - MG
2011

PATRICIA REGINA PIZZORUSSO

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO
DE JARDINÓPOLIS-SÃO PAULO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família
da Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do certificado de
especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

UBERABA - MG
2011

PATRICIA REGINA PIZZORUSSO

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO
DE JARDINÓPOLIS-SÃO PAULO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família
da Universidade Federal de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do
certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

UBERABA- MG
2011

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela intensidade de vossa presença em minha vida. O Senhor é a minha rocha, onde encontro o meu refúgio e força.

Ao meu esposo Alexandre e aos meus filhos, Giovanna e José Eduardo, pelo amor e estímulo. Com vocês, que entenderam minhas ausências, aceitaram minhas omissões, compartilharam minhas lágrimas e sorrisos, divido agora, o mérito desta conquista.

A minha orientadora Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, meu eterno agradecimento por sua dedicação e imprescindível auxílio.

“A vida é uma oportunidade, aproveita-a. A vida é beleza, admira-a. A vida é beatificação, saborei-a. A vida é sonho, torna-o realidade. A vida é um desafio, enfrenta-o. A vida é um dever, cumpre-o. A vida é um jogo, joga-o. A vida é preciosa, cuida-a. A vida é riqueza, conserva-a. A vida é amor, goza-a. A vida é um mistério, desvela-o. A vida é uma promessa, cumpre-a. A vida é tristeza, supere-a. A vida é um hino, canta-o. A vida é um combate, aceita-o. A vida é tragédia, domina-a. A vida é aventura, afronta-a. A vida é felicidade, merece-a. A vida é a VIDA, defende-a.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A atenção ao pré-natal tem como objetivo prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais e, assim, subsidiar ações de planejamento, monitorar os cuidados. Contudo, o nosso cotidiano de atendimento às gestantes e puérperas no município de Jardinópolis – São Paulo (SP) mostrou a existência de enorme variação na prática dessa atenção entre profissionais o que resultou em questionamentos quanto ao momento adequado de iniciar as consultas, como realizá-las, sua periodicidade, pedidos de exames, referências e contra referências, dentre outros. Com o intuito de se oferecer assistência integral e equânime às gestantes e puérperas que buscam atendimento nas unidades de saúde da rede de atenção básica de “Vila Reis”/ Jardinópolis ensejamos a construção de um protocolo assistencial que incluísse o desenvolvendo de ações para o enfrentamento de riscos, agravos ou condições desse período. Para tal, este trabalho objetivou elaborar protocolo de atendimento às mulheres gestantes e puérperas com vistas à padronização de um atendimento de qualidade, resolutivo e humanizador. Antes da elaboração do Protocolo tornou-se prioritário aprofundar conhecimentos a partir da leitura de artigos e Programas do Ministério da Saúde voltados para o atendimento do pré natal e que dessem sustentação teórica ao protocolo. Portanto visamos implementar este protocolo para que haja ordenamento do fluxo de gestantes no município de Jardinópolis, atendendo de maneira análoga e coerente esse grupo e garantindo seu acesso aos demais níveis de atenção.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde da Mulher. Período pós parto.

ABSTRACT

The attention to pre natal care aims to assist women from the beginning of her pregnancy, where there are physical and emotional changes, and thus subsidize planning activities, monitor the care. However, our daily service to pregnant and postpartum women, in the municipality of Jardinópolis- São Paulo (SP) showed that attention which resulted in question sabot when to start the consultation, how to do thin, their frequency, test request, references and counter references, among others. In order to provide full and equitable assistance to pregnant and postpartum women who seek care at health units of the network of primary care "village Kings" (Jardinópolis) rise to construction of a care protocol which includes the development of actions to face risks, hazards or conditions of that period. To this end, this study aimed to develop protocols for the care of women pregnant and postpartum women with a view to standardizing quality care resolve problems and humanizing. Before designing the protocol has become a priority to deepen knowledge from reading articles and programs of the ministry of health focused on the pre natal care and to give theoretical support to the protocol. Therefore, we aim to implement this protocol so that there is order flow of pregnant women in the municipality of Jardinópolis, serving in a similar manner and consistent this group and ensuring their access to other levels of care.

Keywords: Family health, Women's health, Postpartum period.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 APRESENTANDO O PROTOCOLO.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Diagnóstico situacional da Estratégia da Saúde da família I “Vila Reis”, 2010.....	11
--	----

1 INTRODUÇÃO

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) foi iniciada em julho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (ACS). Estima-se, segundo dados oficiais, que o funcionamento adequado das unidades básicas do programa é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Antes de adentrar no contexto que ensejou o desejo de realizar esta pesquisa, considera-se pertinente apresentar a realidade de saúde em cujo cenário, nós, profissionais da equipe de saúde da família, atuamos.

A área de abrangência da equipe chama-se bairro Vila Reis, localizado na periferia do Município de Jardinópolis - São Paulo (SP), local cuja comunidade que aí habita formou-se a partir de doação de moradias às famílias carentes. Registra-se que essa comunidade conserva hábitos e costumes próprios, criando, assim, sua “própria lei”. Portanto, pode-se dizer que os fatores psicossociais como nível de pertença, autonomia e segurança influenciam no viver dessas pessoas. Somam-se a esses fatores o balanço entre esforço e recompensa, entre demanda e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos conseguem alcançar, bem como a rede social que eles constroem durante a vida tiveram e têm forte impacto sobre seu nível de saúde. Observar e, perspectiva é antes de tudo considerar que o objeto em análise, ou fenômeno em estudo possui outras dimensões. Essas dimensões podem ou não estar relacionadas, mas independentes relação, considerá-las viabilizará melhores resultados na dimensão pesquisada. (MARTINHO, sd.; ACKERKNECHT, 1982; ZAGONEL, 2003). É nesse contexto que os profissionais da Estratégia da Saúde da Família I “Vila Reis”, que hoje conta com 893 famílias cadastradas, divididas em seis micro áreas, exercem suas atividades no âmbito da atenção básica de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal, todas as famílias cadastradas são atendidas na Unidade da Saúde da Família (universalidade), com igualdade de direito para todos (equidade), recebendo

assistência naquilo que necessitam (integralidade), de forma permanente e pela mesma equipe (criação de vínculo). Também recebem orientação sobre cuidado de saúde e são mobilizados (incentivo à participação popular) sobre como manter a saúde de suas famílias e da comunidade, sendo capazes de compreenderem a relação entre as doenças, estilo e hábitos de vida.

Cabe também dizer que a equipe de saúde da família procura enfatizar o potencial de saúde tanto física, quanto mental, social ou ambiental. A pessoa é vista e compreendida como inserida numa família e sociedade localizadas em determinado tempo e espaço que lhes conferem características ímpares. Visa, ainda, à promoção da saúde e prevenção da doença, trabalhando com território definido, prestando atendimento humanizado, com baixo custo relativo. Nesse processo, a saúde tem sido pauta de intensos debates e constantes movimentos que visam assegurar a garantia de acesso, a integralidade da atenção e o equilíbrio entre recurso e demanda (CAMPOS, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ANDRADE 2007). Essas afirmações podem ser vistas a partir do quadro apresentado a seguir que foi elaborado por ocasião da realização das atividades propostas no módulo de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Quadro 1 Diagnóstico situacional da Estratégia da Saúde da família I “Vila Reis”, 2010.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Doença Mental	Alto	1	Dentro	1
Drogas/Trafego	Alto	2	Dentro	1
Gravidez na Adolescência	Alto	3	Dentro	1
Prostituição	Alto	4	Dentro	1
Famílias com Muitos Filhos	Alto	5	Dentro	1
Pré-natal tardio	Alto	1	Dentro	1
Na UBS/ESF falta de profissionais de apoio	Alto	7	Fora	2
Falta de Medicamentos	Alto	8	Fora	2
Maior parte da comunidade desempregado	Médio	9	Fora	2

Rua sem Asfalto	Médio	10	Fora	2
Ratos, baratas, carrapato, escorpião.	Médio	11	Fora	2
Deposito de lixo, casa que recolhe material de reciclagem.	Médio	12	Fora	2
Terrenos baldios	Baixo	13	Fora	3
Falta de escola 1ª e 2ª Graus	Baixo	14	Fora	3
Falta de Lazer	Baixo	15	Fora	3
Esgoto Entupido	Baixo	16	Fora	3
Limpeza nas Ruas	Baixo	17	Fora	3
Falta de Sinalização em toda área	Baixo	18	Fora	3
Construções abandonadas	Baixo	19	Fora	3
Falta de Iluminação	Baixo	20	Fora	3
Animais soltos na área	Baixo	21	Fora	3

Fonte: atividades do Módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde 2010.

Os critérios utilizados para elaboração e priorização dos problemas contidos nesse quadro foram:

- Atribuição valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- Distribuição de pontos conforme sua urgência de 01 a 21;
- Definição a partir da proposição de solução do problema se está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
- Enumeração os problemas por ordem de prioridades (1,2,3) a partir do resultado da aplicação dos critérios

Inicialmente, fazendo uma leitura do quadro, percebe-se que dentre os problemas prioritários eleitos pela equipe de saúde da família Vila Reis, as doenças mentais e o pré-natal ganharam destaque. Após avaliação de critérios utilizados para a priorização dos problemas, a equipe, em reunião, considerou que o problema *início tardio do pré-natal* era o grande dificultador do trabalho das ACS

no cadastramento das fichas e também para o restante da equipe, perante o Programa de Gestante. Na busca de encontrar solução para este problema, implantou-se um Protocolo de Pré-natal, onde a enfermeira iniciasse começar o programa, assim que a mulher comparecesse à unidade com suspeita de gravidez. O cuidado pré-natal compreende um conjunto de ações no transcurso da gravidez e que requerem tempo e outros investimentos tanto por parte da mulher, como de profissionais e os serviços que se dedicam à oferta desse cuidado. A atenção pré-natal é utilizada como um indicador de boa prática e como uma medida de qualidade de cuidados e da saúde pública.

Em contraste com a similaridade dos objetivos do atendimento pré-natal, há ainda uma enorme variação na prática dessa atenção entre profissionais e serviço de saúde no município de Jardinópolis – São Paulo (SP), o que resulta em questionamento sobre a efetividade e segurança sobre os vários elementos que o constituem.

Portanto, muitas questões quanto à frequência, à especificidade das intervenções envolvidas e ao seu conteúdo ainda são objetos de discussão na tentativa de definição de padrões, tais como o do momento adequado de iniciar as consultas e sua periodicidade e a introdução de conhecimentos médicos e tecnologias, com adequada validação científica. Em geral, a atenção ao pré-natal tem como objetivo prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais e, assim, subsidiar ações de planejamento, monitorar a tendência na utilização de cuidados.

Ressalta-se, ainda que não existe um protocolo assistencial para a organização da assistência às gestantes e prevenção de complicações que determinam a morbidade materna, perinatal e neonatal, levando a uma variável de conduta. Há, assim, a necessidade de implantar uma atenção à mulher na gravidez e no puerpério incorporadas com práticas de condutas acolhedoras qualificadas e humanizadas, visando à integralidade da assistência.

Visto que a integralidade se constitui em um desafio no campo de atuação dos profissionais da área da saúde e o acolhimento, um de seus focos, pode-se, entretanto, dizer que por meio da captação e capacitação dos profissionais de saúde torna-se possível fazer a construção do conceito Linha do Cuidado (LC).

O conceito de Linha de cuidado é abordado por Malta; Merhy (2010) como a responsabilização do profissional de saúde e do sistema pelo usuário. Dessa

forma, não cabe mais o processo assistencial atual centrado em procedimentos e fragmentado. Urge que ele seja um processo pautado, além da responsabilização, na construção de vínculos, no atendimento singular e na construção de rede de cuidados centrado na lógica do diálogo e de produção do cuidado pelos usuários.

Nessa concepção, a integralidade nunca será real se não se materializar em um sistema cuidador e organizado onde se dispõe, verdadeiramente, de um conjunto de ações e de serviços para o atendimento de suas demandas em saúde. Pressupõe, por conseguinte, um trânsito entre ações e serviços, ambos necessitando de serem acessíveis e se complementado (MERHY, 2007).

Especificando um pouco mais acerca de LC, ela estabelece os eixos centrais de ações integrais de cuidado dentro de um plano, projeto, programa ou política de saúde a partir dos quais se explicitarão ações e atividades específicas a serem implementadas. Essas ações devem seguir um plano de prioridades de cuidado também denominado de responsabilidades mínimas de cuidados, de acordo com as necessidades sociais de cuidado de individualidades e coletividade locorregionais, previamente estabelecidas e pactuadas nas instâncias federal, estadual e municipal (MALTA; MERHY, 2010).

Fundamentadas nos pressupostos que regem a integralidade e a LC, pensou-se na necessidade de organizar, por meio de um protocolo assistencial, as diretrizes e ações voltadas para a assistência ao pré-natal e puerpério, com ampliação da eficácia das práticas e acolhimento da demanda espontânea. Estratégia esta para a transformação do processo de trabalho em saúde, tornando-se necessário maior comprometimento dos profissionais na assistência ao pré-natal e puerpério em relação às gestantes.

2 JUSTIFICATIVA

Com o intuito de se oferecer assistência integral e equânime às gestantes e puérperas que buscam atendimento nas unidades de saúde da rede de atenção básica de “Vila Reis”, pretendemos construir, protocolo assistencial que incluísse o desenvolvendo de ações para o enfrentamento de riscos, agravos ou condições dessa população.

O presente trabalho se justifica, portanto, pela ausência de padronização na assistência pré-natal e puerpério prestada pelas unidades de saúde da rede básica do município de Jardinópolis São Paulo (SP). Sentiu-se a necessidade de implementação de um protocolo com bases na linha de cuidado ao pré-natal e puerpério. Linha esta entendida como um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou condições específicas do pré natal e puerpério e assim, ofertar uma assistência de forma organizada por todos os profissionais envolvidos no cuidado às gestantes que procuram nossas unidades de saúde.

Retomando a abordagem da humanização do cuidado, tem-se que no Brasil, na década de 80, foi criado o Programa de Atenção Integral a Mulher (PAISM), com o objetivo de oferecer atividades integrais clínico-ginecológico e educativas, voltadas para o aprimoramento do controle de pré-natal, parto e puerpério. O PAISM previa também atividades que contemplassem problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; controle de DST, câncer de colo do útero e mamário; assistência à concepção e contracepção. Dessa forma, o sistema de saúde deveria se capacitar para atender a necessidade de saúde da população feminina, de modo integral, proporcionando ações educativas e informações que gerem saúde (BRASIL, 1983).

No que tange à proposta para melhoria e humanização ao período gravídico - puerperal e a prevenção de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este objetiva “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2001, p.5). Estabelece, ainda, os princípios a serem prestados e direciona a responsabilidade aos Estados, Municípios e Unidades de Saúde para que cumpra

seu papel de proporcionar uma assistência humanizada em um momento sublime, o de dar a luz (BRASIL, 2001).

Registra-se que o protocolo deve se pautar no disposto no PHPN, isto é, deve se realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; garantir, pelo menos, seis consultas de acompanhamento pré-natal (preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação), uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento (BRASIL, 2005).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, devem ser solicitados os seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; um exame de urina na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação, glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta e oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta. Somam-se outros cuidados de suma importância: a aplicação de vacina antitetânica; a realização de atividades educativas; bem como a classificação de risco gestacional a ser realizada desde a primeira consulta para se garantir às gestantes classificadas como de risco; atendimento na unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a assistência de enfermagem deve ser sistematizada de forma que atenda as necessidades das gestantes, utilizando os conhecimentos técnico-científicos, os recursos e os meios disponíveis. As ações de saúde necessariamente devem estar voltadas para a população alvo da área de abrangência da unidade e acompanhamento garantido.

3 OBJETIVO

Elaborar protocolo de atendimento às mulheres gestantes e puérperas com vistas à padronização de um atendimento de qualidade, resolutivo e humanizador.

Objetivos Específicos

Realizar pesquisa bibliográfica e documental sobre a questão do atendimento de pré –natal.

Estabelecer, a partir do levantamento bibliográfico, o arcabouço teórico para fundamentar a elaboração do protocolo de atendimento às mulheres gestantes e puérperas.

4 METODOLOGIA

O cotidiano assistencial tem-nos apontado uma assistência prestada ao pré-natal e puerpério com diferenças visíveis de tomada de decisão e ações de cuidado caracterizando, portanto, uma não padronização assistencial.

Quando nos reportamos ao termo padronização não estamos falando de procedimentos rígidos, que todos devem ter como modelo, mas de um fio condutor que direcione ações que caminhem em prol de atendimentos de qualidade, em sentido amplo.

Portanto, com a intenção de oferecer à gestante cuidado humanizado, científico e ético o que requer integralidade nas ações, optamos por nos referenciar nos pressupostos da Linha de cuidado. Assim, elaborou-se um protocolo assistencial para organização do fluxo de atendimento nas unidades de saúde da rede de atenção básica do município de Jardinópolis-SP. Dessa forma, as gestantes serão atendidas e, posteriormente, referenciadas, de maneira sistematizada, para os demais serviços de saúde, bem como seus outros níveis prevendo a integralidade no seu acompanhamento.

Ressalta-se que anteriormente à elaboração do Protocolo, foram pesquisados artigos e Programas do Ministério da Saúde voltados para o atendimento do pré natal e que dessem sustentação teórica na elaboração do protocolo.

Todo o material foi analisado e subsidiou, assim, o protocolo apresentado a seguir.

5 APRESENTANDO O PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PRE NATAL E PUERPÉRIO- ESF VILA REIS

Pré-Natal é o acompanhamento profissional dedicado à mulher e ao bebê durante todo o período gestacional durante o qual são fornecidas instruções à gestante como cuidados com a alimentação, conforto, preparo das mamas, a realização de exames bem como avaliação física em cada consulta. As consultas devem ser iniciadas o quanto antes, preferencialmente no primeiro trimestre, a fim de se identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante ou ao feto. As consultas e exames permitem identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue de mãe para filho, como a aids e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar parto precoce, aborto e até trazer outros problemas para a mãe ou para o seu bebê. Em outras palavras, o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. A Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento lançada pelo Ministério da Saúde em busca garantir o acesso e a qualidade da assistência pré-natal de forma humanizada e todas as unidades básicas de saúde do SUS devem oferecer esse tipo de acompanhamento, incluindo, também, exames laboratoriais gratuitos, medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários. O número mínimo de consultas no acompanhamento pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde é 07

(sete). **A primeira consulta será com o enfermeiro e as consultas subsequentes serão intercaladas entre médico e enfermeiro, com consultas mensais até a 32ª semana de gestação e quinzenais da 32ª à 34ª semana de gestação, e a partir da 36ª semana quando serão encaminhadas para seguimento do pré-natal na Mater Ribeirão Preto.** (Anexo I) Cada gestante será avaliada individualmente e, quando necessário, o intervalo entre duas consultas poderá ser menor. Os dados clínicos dos exames e resultados laboratoriais devem ser, em cada consulta, cuidadosamente anotados e arquivados em fichas na Instituição (ou consultório) e repassados ao cartão da gestante. Durante o Pré-Natal, um aspecto muito importante é identificar se a gestante possui uma gravidez de risco ou não. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. A avaliação do risco gestacional deve ocorrer em todas as consultas e a identificação de uma gestação de risco deve ser discutida com a equipe, porém, não implica, necessariamente, em referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. **Deverão ser referenciadas ao pré-natal de alto risco as situações que envolvam fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que necessitem de intervenções mais complexas, podendo, após a situação ter sido resolvida, retornar ao nível primário de atenção. A seguir são apresentadas as situações em que deve ser considerado encaminhamento ou avaliação por um especialista, conforme o caso.**

1 - TESTE DE GRAVIDEZ (URINA)

O teste de gravidez, utilizando fita reagente e uma amostra de urina, deve ser feito sempre que a cliente e/ou o profissional da unidade, após consentimento da cliente, desconfiarem de uma possível gravidez.

Os principais sinais e sintomas são:

- Atraso menstrual;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Polaciúria

- Sonolência;
- Aversão a odores;
- Pirose;
- Mastalgia;
- Aumento do apetite;
- Alterações do humor.

O diagnóstico de gravidez deve ser realizado o mais precocemente possível, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez para que o início do pré-natal não seja retardado e conseqüentemente, possíveis riscos obstétricos possam ser minimizados. Portanto, cabe ao profissional da saúde atentar-se às queixas das mulheres com vida sexual ativa e nunca descartar a possibilidade de uma gravidez.

O teste imunológico de gravidez (TIG) é utilizado para detectar o hormônio gonadotrófico coriônico (Hcg) tanto no soro quanto na urina. A sensibilidade do teste para a detecção desse hormônio na urina é de 20 Mui/MI, portanto, para que o resultado seja o mais confiável possível é necessária margem de segurança de 10 a 12 dias de atraso menstrual. Dessa forma, quando a cliente comparecer na unidade queixando-se de atraso menstrual de, pelo menos, duas semanas, deve ser agendado o teste de gravidez com o enfermeiro o mais rápido possível. Deve ser oferecido um frasco coletor, a mulher orientada a colher uma pequena amostra da primeira urina da manhã e mantê-la na geladeira até o horário agendado. Caso o atraso menstrual seja menor que duas semanas, ela deverá ser orientada a aguardar até que o período de quinze dias se complete para que o teste possa ser realizado pelo enfermeiro.

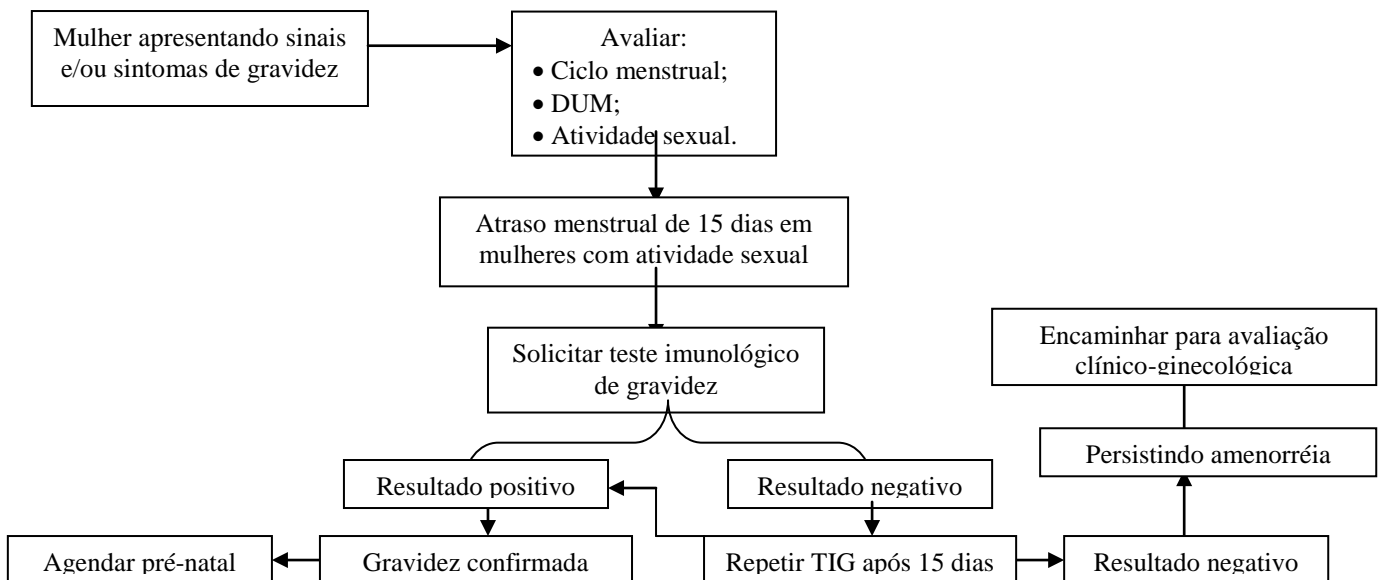
1.1 - ROTEIRO DA CONSULTA

1. Anamnese

- Identificação:
 - Nome;
 - Matrícula;
 - Telefone;

- Data de nascimento;
 - Idade;
 - Estado civil;
 - Profissão.
- Antecedentes ginecológicos e obstétricos:
 - Menarca e sexarca;
 - Data da última menstruação (DUM) e tempo de amenorréia (TA);
 - Uso de métodos anticoncepcionais prévios;
 - Ciclos menstruais (regularidade, intervalo e volume);
 - Complicações em parto(s) e puerpério(s) anterior(es).
- Sinais e sintomas

1.2 - FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ



- Frasco coletor da amostra
- 01 tira reagente
- 01 amostra da primeira urina coletada pela paciente pela manhã

Manter as tiras estocadas, embaladas à temperatura ambiente (de 4°C a 30°C) até a validade impressa na rotulagem. Não congelar ou utilizar além da data de validade.

PROCEDIMENTO

- Colher amostra de urina;
- Armazená-la no frasco coletor e guardá-la à temperatura ambiente;
- Na unidade de saúde, deixe que a tira e a amostra em temperatura ambiente antes de realizar o teste;
- Abrir o frasco coletor juntamente com a urina, imergir a tira teste com a terminação impressa para baixo na direção da urina e manter imersa por, pelo menos, de 10 a 15 segundos;
- Certificar-se que o nível de amostra esteja abaixo da linha marcada na tira teste;
- Aguardar de 3 a 5 minutos após a imersão;
- Esperar que a(s) banda(s) vermelha(s) se forme(m);
- Realizar a leitura e interpretação conforme orientações do fabricante.

1.3 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguir as orientações do laboratório fabricante.

1.4 - CONDUTAS FRENTE AOS RESULTADOS

1.4.1 - RESULTADO POSITIVO

1. Se a gestante for fazer o acompanhamento pré-natal na unidade o profissional deverá:

- 1.1. Iniciar consulta de pré-natal com o enfermeiro;
- 1.2. Preencher o cartão da gestante;
- 1.3. Preencher a ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL;
- 1.4. Solicitar os exames de primeiro trimestre de gravidez:
 - Hemograma completo
 - VDRL;

- Anti HIV;
- Toxoplasmose IgG/IgM;
- HbsAg;
- Glicemia de jejum;
- Tipagem sanguínea;
- Fator Rh;
- Urina rotina;
- Urocultura;
- Parasitológico de fezes;
- Ultra-sonografia obstétrica.

2. Se a gestante não for fazer o acompanhamento pré-natal na unidade o enfermeiro deverá:

- 2.1.** Orientar que a gestante procure seu ginecologista para agendar o pré-natal o mais rápido possível.

1.4.2 - RESULTADO NEGATIVO

- 2.1.** Orientar a mulher a agendar novo teste em duas semanas caso persista a amenorréia;
- 2.2.** Orientar a mulher a utilizar preservativo durante esse período para evitar que ela engravide caso não esteja grávida.

1.4.3 - RESULTADO INVÁLIDO

- 1.1.** Repetir o teste;
- 1.2.** Se o problema persistir, interromper o uso do lote e contatar o distribuidor.

Observações

- Falsos resultados positivos podem ocorrer devido a: aumento da concentração do LH hipofisário (menopausa), psicotrópicos

(antidepressivos, anticonvulsivantes, hipnóticos, etc), proteinúria, neoplasmas produtores de hCG (coriocarcinoma, mola hidatiforme, câncer de pulmão e câncer de mama), lúpus e hipertireoidismo quando estiver acompanhado do aumento de LH.

- Se for obtido um resultado questionável e há suspeita de gravidez, deve ser realizado novo teste, como nova amostra de urina, 48 horas depois do primeiro teste.
- Anotar os dados da consulta em impresso específico (anexo II).

2 - PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

2.1 - FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

2. História reprodutiva anterior

- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou mal formado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;

- Síndromes hemorrágicas; pré-eclâmpsia/lupus/eclâmpsia;
- Cirurgia uterina anterior;
- Macrossomia fetal.

3. Intercorrências clínicas crônicas

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Epilepsia;
- Infecção urinária;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DSTs);
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

3. Doença Obstétrica na gravidez atual

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

Observação: Caso o profissional identifique um ou mais desses fatores, o caso deverá ser discutido com o médico da unidade a fim de ser avaliada a situação de

risco e a necessidade de encaminhamento da gestante para acompanhamento na atenção especializada. Se o encaminhamento for necessário, após avaliação e conduta na atenção especializada, a gestante deverá retornar para a atenção básica com as recomendações para seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.

2.2 - ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

Utilizar impresso específico (anexo III)

1. História Clínica

- Identificação: nome, número do SISPRENATAL, idade, cor, endereço atual;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil;
- Cálculo da idade gestacional e DPP;
- Antecedentes familiares: HAS, DM, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama/colo uterino, hanseníase, tuberculose, doença de Chagas;
- Antecedentes pessoais: HAS crônica, cardiopatias, DM, doenças renais crônicas, desvios nutricionais, doenças neurológicas e psiquiátricas, ITU, cirurgias (tipo e data), transfusões de sangue;
- Antecedentes ginecológicos: ciclos menstruais, métodos anticoncepcionais prévios, última colpocitologia oncótica (data e resultado);
- Sexualidade: início da atividade sexual, prática sexual na gestação, número de parceiros da gestante ou de seu parceiro, uso de preservativos;
- Antecedentes obstétricos: número de gestações, de partos, de abortamentos, de filhos vivos, de recém-nascidos (pré-termo e pós-termo),

idade da primeira gestação, intervalo entre as gestações, imunização Rh, número de RN de baixo peso, mortes neonatais precoces, tardias e natimortos, intercorrências ou complicações em gestações anteriores, complicações nos puerpérios, história de aleitamentos anteriores;

- Gestação atual: DUM, peso prévio e altura, sinais e sintomas na gestação em curso, hábitos alimentares, medicamentos utilizados, vícios, ocupação habitual, aceitação ou não da gravidez pela mulher ou parceiro e pela família.

2. Exame físico

- Geral: determinação do peso, PA, estatura, frequência cardíaca, inspeção de pele e mucosas, palpação da tireóide, ausculta cardiopulmonar, exame do abdome, exame dos MMII, pesquisa de edemas;
- Específico: exame clínico das mamas, palpação obstétrica, medida da circunferência abdominal, altura uterina, ausculta do BCF com sonar, coleta de citologia caso a última tenha sido realizada a mais de 1 ano ou somente exame especular caso a cliente tenha queixas e, principalmente, no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal.

3. Orientações padrão

- Banho de sol nas mamas a partir do sétimo mês de gestação;
- Orientações alimentares e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Orientações sobre sinais de alerta, trabalho de parto e assistência em cada caso;
- Imunização antitetânica;
- Convidar a mulher para participar do grupo de gestantes;
- Referência para serviços especializados de maior complexidade, quando indicado.

2.3 - CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha pré-natal;

- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Cálculo da idade gestacional;
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação dos exames de terceiro trimestre de gestação se for o caso;
- Prescrição de sulfato ferroso profilático – se a dosagem de hemoglobina estiver maior ou igual a 11 mg/dL não há anemia, portanto, o enfermeiro deverá prescrever 40 mg/dia de ferro elementar, correspondente a 01 comprimido de 200 mg de sulfato ferroso a partir da 14ª semana de gestação;
- Solicitação do exame coombs indireto se o fator Rh da gestante for negativo;
- Agendamento de consultas subseqüentes.

1. Exames físicos subsequentes

- Aferição da PA;
- Determinação do peso – anotar no gráfico para avaliar o estado nutricional da gestante;
- Inspeção de pele e mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Palpação obstétrica, medida de altura uterina e da circunferência abdominal – anotar no gráfico para avaliar o crescimento fetal;
- Ausculta do BCF e observar a movimentação fetal;
- Pesquisa de edema.

2. Prescrições e/ou orientações

3. Orientações padrão

- Banho de sol nas mamas a partir do sétimo mês de gestação;
- Orientações alimentares e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Orientações sobre sinais de alerta, trabalho de parto e assistência em cada caso;

- Imunização antitetânica;
- Convidar a mulher para participar do grupo de gestantes;
- Referência para serviços especializados de maior complexidade, quando indicado.

Exames solicitados pelo enfermeiro no primeiro trimestre de gestação:

- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- Tipagem sanguínea;
- Fator Rh;
- VDRL;
- Hbs Ag;
- Anti HIV;
- Toxoplasmose IgG e IgM;
- Urina tipo 1;
- Urocultura;
- Parasitológico de fezes
- Ultra-sonografia obstétrica
- GTT

Exames solicitados pelo médico ou enfermeiro

a – Entre 20 a 24 semanas de gestação

- Ultra-sonografia obstétrica morfológica.

b – Entre 24 a 30 semanas de gestação

- GTT 75g;
- Toxoplasmose IgG e IgM se o resultado para IgG do primeiro trimestre foi negativo;
- VDRL;
- Urina tipo 1;
- Urocultura.
- HIV

2.4 - AÇÕES EDUCATIVAS

Para Freire, somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, a enfermeira estimula o falar fazendo com que a gestante interfira, dialogue e se sinta capaz. A premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas.

A qualidade na assistência no pré-natal pretende diminuir a incidência de mortalidades materna e fetal, isso exige um esforço cuidadoso e individualizado dos profissionais da equipe, para os pais e para a comunidade em geral. Orientar, comunicar e educar é um processo integrado de intervenções que favorecem uma maior e mais ampla percepção da promoção da saúde, o que permitirá ao casal tomar decisões mais adequadas e criará consciência sobre o cuidado de sua própria saúde, no individual e coletivo.

Pensando nisso, durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família devem receber informações individualmente durante as consultas, e coletivamente durante os grupos de gestantes, que acontecem quinzenalmente nas unidades de saúde, realizados por multiprofissionais, sobre os seguintes temas:

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- Alimentação;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Orientações para as queixas e problemas mais freqüentes;
- Orientações sobre o parto e incentivo ao parto normal;
- Preparo da mama para o aleitamento materno;
- Orientações sobre a importância do aleitamento materno;
- Sinais de alerta e de trabalho de parto;

- Importância da participação do pai e da família no pré-natal;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância do teste do pezinho e das vacinas da criança e da mãe,
- Quaisquer outras orientações que se fizerem necessárias.

2.5 - PROBLEMAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO E CONDUTAS

A gestação traz consigo alterações fisiológicas no organismo da mulher que, muitas vezes, são motivos de preocupação e percebidas como doenças. O profissional da saúde, nesse caso, deve orientar a gestante sobre essas modificações e explicar o porquê dessas manifestações.

As alterações mais comuns na gestação e como minimizá-los está descrito abaixo. É importante lembrar que, caso o problema persista ou piore mesmo com as orientações de enfermagem, a gestante deve ser encaminhada para consulta médica a fim de que avaliada a necessidade de usar medicamentos.

1. Cefaléia

- Aferir a pressão arterial para afastar hipertensão e pré-eclâmpsia;
- Conversar com a gestante e deixar que ela fale sobre seus temores e problemas;
- Discutir o caso com o médico para que seja realizada a conduta adequada.

2. Tontura, fraqueza e sensação de desmaio

- Orientar a gestante a não realizar mudanças bruscas de posição, principalmente quando estiver deitada ou sentada e for se levantar;
- Explicar que sentar-se com a cabeça abaixada, entra as pernas ou posicionar-se em decúbito lateral esquerdo quando ajuda a minimizar os sintomas.

3. Náuseas e vômitos

- Orientar a gestante a fracionar a alimentação, evitar frituras, gordura, alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis, ingerir alimentos sólidos pela manhã, antes de se levantar (biscoitos, pão) e evitar o consumo de

líquidos durante as refeições.

4. Pirose (azia)

- Orientar a gestante para fracionar a alimentação, não deitar logo após uma refeição;
- Recomendar não ingerir alimentos muito quentes, gordurosos, frituras, picantes, refrigerantes, chá preto, café, mates, álcool e fumo.

5. Sialorréia (salivação excessiva)

- Orientar a gestante a deglutir a saliva e ingerir líquidos em abundância;
- Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos.

6. Constipação intestinal, dor abdominal, cólicas e flatulência

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Recomendar a prática de atividade física diariamente, especialmente caminhada, durante, pelo menos, 30 minutos;
- Orientar ingestão de alimentos ricos em fibras, como legumes, frutas com bagaço e verduras, principalmente cruas e cereais integrais;
- Orientar que aumente a ingestão de líquidos;
- Recomendar regularização do hábito intestinal.

7. Hemorróidas

- Recomendar alimentação rica em fibras, semelhante à indicada para constipação intestinal;
- Orientar a não usar papel higiênico colorido ou áspero. Utilizar papel higiênico molhado e realizar higiene íntima com água e sabão neutro após cada evacuação;
- Recomendar banhos de vapor ou compressas mornas.

8. Corrimento vaginal

- Explicar que o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação;
- Questionar sobre as características do corrimento (cor, odor, quantidade, prurido, início, etc);

- Realizar o exame especular para avaliar as características do corrimento;
- Solicitar avaliação médica se necessário.

9. Queixas urinárias

- Explicar que é comum o aumento da frequência das micções no início e no fim da gestação e porque isso ocorre;
- Questionar sobre disúria, febre e dor em baixo ventre;
- Orientar a gestante a aumentar a ingestão de líquidos;
- Solicitar avaliação médica se necessário.

10. Falta de ar e dificuldade para respirar

- Recomendar que a gestante faça repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Estar pronto para ouvir a gestante falar sobre suas angústias e medos, se houver;
- Atentar-se para achados no exame físico.

11. Mastalgia

- Recomendar o uso de sutiã com alças largas e boa sustentação após descartar alterações no exame das mamas.

12. Lombalgia

- Orientar correção da postura da gestante, principalmente ao deitar, em decúbito lateral esquerdo, flexionando as pernas e colocando um travesseiro entre elas;
- Recomendar o uso de calçados com saltos baixos e confortáveis;

13. Sangramento nas gengivas

- Orientar higiene oral após todas as refeições, utilizando escova de dentes com cerdas macias e massagear a gengiva durante as escovações;
- Encaminhar para avaliação odontológica sempre que possível.

14. Varizes

- Orientar a gestante a não permanecer muito tempo em pé ou sentada;

- Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas acima do nível do coração, várias vezes ao dia;
- Contra-indicar o uso de roupas muito justas.

15. Câimbras

- Orientar a gestante a massagear o músculo afetado;
- Recomendar o aumento na ingestão de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1;

16. Cloasma gravídico

- Recomendar o uso de filtro solar tópico;
- Recomendar a não exposição com o rosto diretamente ao sol.

17. Estrias

- Embora haja controvérsias, orientar a gestante a realizar massagens locais com hidratantes ou substâncias oleosas para tentar preveni-las.

3 - PUERPÉRIO

Puerpério deriva do latim *puerperium*. É o período compreendido entre a expulsão completa da placenta e o retorno dos órgãos que participaram da gestação ao seu estado fisiológico normal, não gestacional.

O puerpério classifica-se em:

- Pós-parto imediato – mudanças que ocorrem do 1º ao 10º dia;
- Pós-parto tardio – espaço de tempo entre o 10º ao 45º dia;
- Pós-parto remoto – além do 45º dia.

É a etapa na qual a anatomia, fisiologia e a bioquímica retornam à normalidade, é o tempo em que se estabelecem novos laços familiares com o filho e inicia-se a última fase de maturidade emocional humana.

É de extrema importância a visita domiciliar da enfermagem e o atendimento individual à mulher nessa fase para:

- Revisar e checar a condição da mulher durante o puerpério normal, prestando uma assistência maior às anormalidades;

- Proporcionar atendimento integral à mãe, orientando as mudanças anatomofisiológicas da mesma e o vínculo mãe-filho com o aleitamento materno;
- Verificar a participação da família junto com o binômio mãe-filho;
- Realizar uma intervenção oportuna na capacitação da mãe sobre seu auto-cuidado e cuidado do recém-nascido;
- Identificar as complicações mais frequentes no pós-parto, conhecer as suas possíveis causas e observar os sintomas;
- Iniciar uma rápida intervenção para ajudar a reduzir a gravidade das complicações;
- Acompanhar de perto a mãe, oferecer-lhe assistência de enfermagem adequada e apoio, mostrar-se sensível diante de suas dúvidas e preocupações.

3.1 - ROTEIRO DA VISITA DOMICILIAR À PUÉRPERA - CONSULTA DE ENFERMAGEM EM DOMICÍLIO

A consulta de enfermagem à puérpera visa identificar problemas de ordem fisiológica, psicológica e social que necessitem de intervenções de enfermagem ou de outros profissionais; educar a puérpera e sua família quanto aos cuidados com a mulher nessa fase da vida e com o recém-nascido que também são abordados nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas em grupo; intensificar a relação mãe-filho-família e explicar a importância do vínculo e do apego para o crescimento e desenvolvimento infantil; realizar intervenções educativas ou assistências quando for o caso e encaminhar para atendimento de outro profissional quando o problema não for pertinente à competência do enfermeiro.

Durante a consulta de enfermagem, em domicílio o enfermeiro deve realizar anamnese, levantando problemas em relação à puérpera e à criança, exame físico, diagnósticos e intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados em retorno. Após essa visita, que deve ocorrer o mais precocemente possível e, no máximo, até 10 dias do nascimento da criança, a puérpera deverá ter retorno agendado com o médico para 40 dias após o parto. Se o enfermeiro julgar necessário, deverá ser agendado retorno com esse profissional antes de a

mulher completar 40 dias de puerpério para avaliar os resultados das intervenções de enfermagem e tentar solucionar outros problemas identificados anteriormente ou na consulta atual.

Durante a consulta o enfermeiro deve perguntar sobre:

- Condições da gestação, do parto e do recém-nascido;
- Data do parto, tipo de parto, número de partos e indicação à cesárea se for o caso;
- Intercorrências no trabalho de parto, parto e pós parto;
- O uso de sulfato ferroso e outros medicamentos;
- O estado geral da mulher,,enfocando os aspectos psicológicos, sociais e emocionais (atentar para depressão puerperal e para condições sociais desfavoráveis);
- A interação entre mãe-bebê-família;
- A participação do cônjuge e da família no cuidado;.
- Aleitamento materno;
- Fluxo vaginal, dor, febre, queixas urinárias, sangramentos e constipação;
- Planejamento familiar;
- Situação vacinal da mulher - verificar carteira de vacina.

O exame físico deve contemplar:

- Avaliação do estado geral: aparência, cuidado pessoal, higiene, identificação de possíveis mitos e tabus;
- Avaliar os cuidados prestados ao recém-nascido e segurança materna;
- Sinais vitais;
- Inspeção da pele, mucosas, membros inferiores e pesquisar presença de edema;
- Avaliação das mamas;
- Palpação do abdome identificando contração e involução uterinas e dor à palpação;
- Avaliação dos pontos de sutura (episiotomia e cesárea se for o

caso);

- Identificação de sinais de infecção e observação da loquiação;
- Observação e avaliação da mamada: posicionamento da mãe e do recém-nascido, pega, contato visual de ambos e segurança materna;
- Avaliação dos cuidados prestados ao recém-nascido.

Observação

A avaliação do recém-nascido durante a visita domiciliar está descrita no protocolo de atenção integral à saúde da criança. O enfermeiro deverá utilizar impresso específico (anexo III).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de atuação na atenção básica e nas discussões empreendidas durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família nos fez perceber que a ausência de um protocolo para a assistência de pré-natal e puerpério inferem nos resultados necessários para os indicadores de cuidados de qualidade, resolutividade, eficácia, efetividade bem como sua integralidade.

Evidenciamos, de forma bem explícita, o início de um pré-natal tardio, levado pela falta de teste para gravidez nas unidades de saúde que prestam essa assistência e a não realização de exames segundo protocolo ministerial em tempo hábil devido demora de entrega dos resultados.

Portanto, visamos implementar, posteriormente, este protocolo de assistência ao pré-natal e puerpério, de tal que haja ordenamento do fluxo da gestante no município de Jardinópolis, no intuito de atender de maneira análoga e coerente esse grupo nas unidades de saúde da rede de atenção básica, bem como garantir o seu acesso aos demais níveis de atenção.

Esse protocolo entrará em vigor a partir do momento em que os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da mulher em nossa região se reúnam para conhecimento e discussões do proposto e o assumam, de fato, enquanto norteador da assistência à gestante e puérpera.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral a saúde da mulher**. Brasília, Distrito Federal, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada a Mulher**. Brasília, Distrito Federal, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** –manual técnico. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005. 160 p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e co.promisso Cad. Súde Pública v. 14 n.4, Rio de Janeiro oct./dic. 1998.

FREIRE P., **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FONTINELE JUNIOR, K.. **Programa Saúde da Família PSF comentado**. Goiânia: AB editora, 2003, p. 13 – 25.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MARTINHO T. As origens da Ciência Moderna. Rio de Janeiro: Edições 70, sd.

MERHY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Disponível em em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 28/10/2011

ANEXO I

Consulta de enfermagem - Teste de gravidez (Urina) _____ **Data:** / / _____

Identificação

Nome: _____ Matrícula: _____ Telefone: _____

DN: _____ Idade: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____

•

Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos

Menarca: _____ 1ª relação: _____ DUM: _____ Tempo de amenorréia: _____

•
MAC:

•
G P_N P_C A Observações:

•
Ciclo menstrual: () irregular () regular – Intervalo: dias _____ () abundante () escasso
() normal

Complicações gestação/parto/puerpério anteriores:

•

•

•

Queixas:

•

•

Resultado: () Positivo () Negativo () Inválido

Diagnósticos de enfermagem:

•

•

•

•

•

Prescrições de enfermagem/orientações/conduita:

•

•

•

•

•

Data: / / .

Tempo de amenorréia: _____ Queixas:

•

Resultado: () Positivo () Negativo () Inválido

Diagnósticos de enfermagem:

•

•

•

•

•

Prescrições de enfermagem/orientações/conduita:

•

•

•

•

ANEXO II
SAÚDE DA GESTANTE

Nome: _____ Data: ____/____/____ Matrícula:

Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Estado civil:

Profissão: _____ N° família

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG/TA: _____ IG/USc:

HMA: _____

Intercorrências Gestacionais:

Antecedentes Pessoais (doenças):

Cirurgias: _____ Hábitos: _____ Alergias:

Antecedentes Familiares:

Antecedentes Ginecológicos: Ciclos: _____ Infecções genitais:

Antecedentes Obstétricos: G ___ P ___ A ___ Puerpério:

Data Parto	N°	IG	TIPO			VITALIDADE			Peso	Curetagem	Amamentação
			PN	For c.	Ce s.	Aborto	Vivo	Morto			

Informações e experiência prévia com amamentação:

EXAME MAMÁRIO E TOCOGINECOLÓGICO

Mamas

Inspeção estática:

Inspeção dinâmica:

Palpação:

—

Expressão:

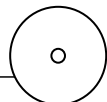
—

Abdômen

AU: _____ cm CA: _____ cm BCF: _____ MF: _____ Apresentação :

Ginecológico:

Inspeção:



Espeular:

Toque:

Prolapsos:

—

H.D.:

C.D.:

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ ATUAL

Data	Peso	Pulso	PA	Edema	AU/CA	FCF	MF	Diagnóstico	Tratamento	Exam.

Vacinação:

	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientações/Conduta
ABO-Rh					
ABO-Rh marido/comp.					
Coombs indireto					
Parasitológico					
Urina tipo 1					
Urocultura					

Glicemia em jejum					
GTT					
Hb-Ht					
GB					
Plaquetas					
Hbs-Ag					
Toxoplasmose (IgM/IgG)					
Anti-HIV					
VDRL					

EXAMES DE ROTINA

Data US	IG	Peso fetal	Placenta	Líquido amniótico	Observações

ANEXO III

VISITA DOMICILIAR - CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA

Data: ___/___/___

Matrícula:

Nome: _____ Idade: _____

1. Antecedentes obstétricosG___P_N___P_C___P_F___A___

Último parto: () Normal () Cesárea () Fórceps

2. Queixas() sangramentos anormais () febre () obstipação () retenção urinária () outros:
_____**3. Alimentação**Hábitos alimentares:
_____Ingestão de líquidos: () sucos () bebidas alcoólicas () água () outros:
_____Tabus alimentares:

Inapetência () Náuseas ()

4. Eliminação

Micção: _____ Evacuação: _____

Lóquios: () vermelho (até 3° ou 4° dia)
() marrom claro (8° ao 10° dia)

() amarelo para límpido (10° dia em diante)

5. Exame Físico

Pele e mucosas:

Mamas: _____

Abdome:

Pontos da cesárea:

Membros inferiores:

5. Higiene pessoal:

Tabus:

6. Relação com a criança:

7. Aspectos emocionais:

8. Atividade física:

9. Diagnósticos de enfermagem:

10. Orientações/conduita:
