

Capacitação Rede Mãe Paranaense



Enfermeiros!



Mas por onde eu deveria começar?

“O mundo é tão vasto, começarei com o meu País que é o que eu conheço melhor.

Meu País porém é tão grande, seria melhor começar com a minha cidade!

Mas a minha cidade também é grande, seria melhor eu começar com a minha rua! Não! minha casa não! minha família não!

Não importa, começarei comigo mesma”.



ELLY WEISEL



Quem é o Enfermeiro?



Refletindo sobre a prática...



Enfermeiro: VOCÊ é IMPORTANTE!



- ❖ **No fortalecimento do SUS;**
- ❖ **Na integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade;**
- ❖ **Na vigilância da saúde e prevenção de agravos.**



Panorama Brasileiro

Mais de 1,5 milhões de Enfermeiros em todo o Brasil desenvolvendo ações.

- ❖ **Promoção e vigilância em saúde;**
- ❖ **Melhorando a qualidade de vida das pessoas.**



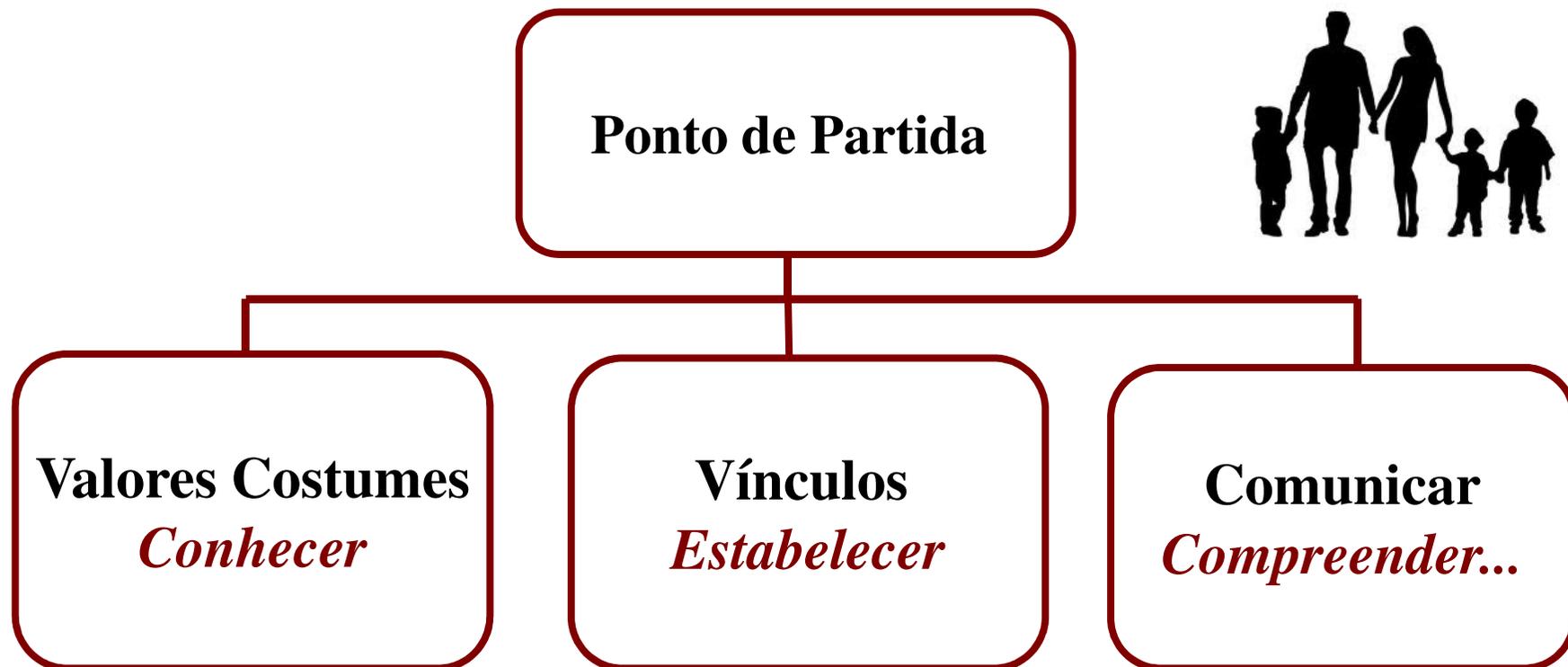


Comunicação e Integração

- ❖ A saúde da **FAMÍLIA** deve ser o principal enfoque dos enfermeiros que atuam na AP.
- ❖ Devemos valorizar as crenças, os costumes e os valores de cada família, para constituir nossa maneira de cuidar.



A Família e o Trabalho



ENFERMEIRO: VOCÊ É UM AGENTE DE MUDANÇAS!



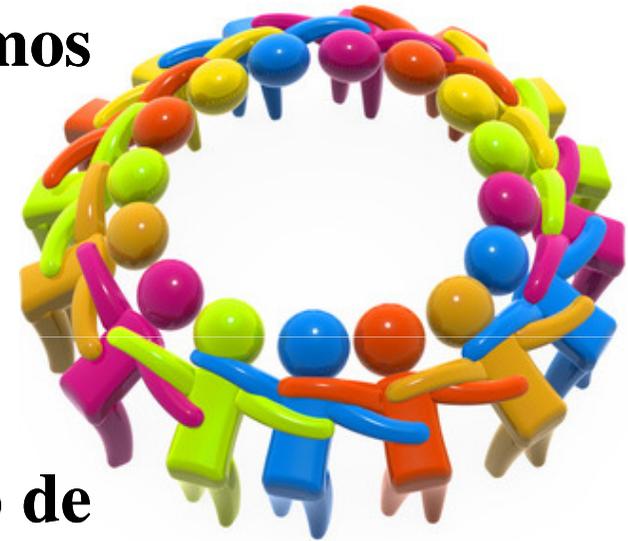
Você é Um Agente Comunicador?

- ❖ Se *identifica* com a comunidade?
- ❖ Usa *linguagem* adequada?
- ❖ Conhece os *costumes da comunidade*?
- ❖ Desenvolve na comunidade *ações de defesa e democratização* dos sistema de saúde?
- ❖ Suas ações buscam a *qualidade* da atenção à saúde?
- ❖ Suas ações buscam *melhorar* os determinantes de saúde?



Vida Comunitária é Isso!

- ❖ Conviver com os outros;
- ❖ Trabalhar juntos em prol dos mesmos objetivos;
- ❖ Dividir os problemas;
- ❖ Procurar juntos as soluções;
- ❖ Lutar pela organização e participação de todos, para garantir os direitos de cidadãos.



Quem faz isso no dia-a-dia?



**“A gente se junta para
ficar forte!**

E a gente fica forte ...

Porque se junta!”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)



**Como vigiar?
Como Cuidar?**

**SAÚDE
DA
MULHER**



O Enfermeiro deve conversar com mulheres fortalecendo o vínculo e a identificação precoce dos riscos.

Nessas conversas é importante saber das MULHERES:

- ❖ **Como elas estão se sentindo;**
- ❖ **Se as vacinas preconizadas para suas idades estão em dia;**
- ❖ **Se estão com o preventivo do câncer do colo uterino em dia;**
- ❖ **Se costumam fazer o auto - exame das mamas;**
- ❖ **Se já realizaram mamografia anual.**



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Atenção Pré-natal

- ❖ A atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação faz-se necessário:
- ❖ Construir um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que compreenda a mulher em sua totalidade corpo/mente, considerando o ambiente cultural, social e físico no qual vive.



Atenção Pré-natal



- ❖ Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos.



Atribuições do Enfermeiro

Lei 7.498 de 25 de junho de 1986

- ❖ **Art. 11: O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem.**
- ❖ **II. Cabendo-lhe como integrante da equipe de saúde:**
- ❖ **g) prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera.**



Passos Para Uma Atenção Pré-Natal Efetiva

❖ Processo de Enfermagem no Pré-Natal - SAE:

1. Realizar o acolhimento e avaliação inicial da gestante- levantamento de dados;
2. Identificar os problemas e estabelecer os diagnósticos de enfermagem;
3. Planejar o cuidado;
4. Implementar o cuidado – intervenção;
5. Avaliar o resultado.



Acolhimento da Mulher

- ❖ O acompanhamento pré-natal deve iniciar-se o mais precoce possível;
- ❖ Ideal: assistência prévia à gravidez.
- ❖ Periodicidade de consultas:
- ❖ Até 32 sem.: mensal;
- ❖ 32-36 sem.: quinzenal;
- ❖ >36 sem.: semanal até o parto.



Acolhimento da Mulher

- ❖ **Chamar a gestante sempre pelo nome;**
- ❖ **Apresentar-se e explicar o processo de acompanhamento pré-natal;**
- ❖ **Esclarecer todas as dúvidas da gestante;**
- ❖ **Incentivar a participação do parceiro ou de outra pessoa significativa- oportunidade de influenciar a saúde da família.**



Diagnóstico da Gravidez

❖ Sinais e Sintomas da Gravidez:

- Sinais e sintomas de presunção;
- Sinais e sintomas de probabilidade;
- Sinais e sintomas de certeza.



Sinais e Sintomas de Presunção



❖ Baseados em alterações de ordem geral, manifestações neurovegetativas (alterações subjetivas).



Sinais e Sintomas de Presunção

- ❖ Náuseas, vômitos;
- ❖ Sialorréia;
- ❖ Vertigens;
- ❖ Polaciúria;
- ❖ Nictúria;
- ❖ Alterações mamárias;
- ❖ Amenorréia.



Sinais e Sintomas de Presunção

- ❖ Alterações pigmentares (cloasma, pigmentação acentuada nas aréolas e/ou linha alba);
- ❖ Alterações no volume abdominal (Gravidez? Ascite? Tumores abdominopélvicos? Flatulência? Obesidade?);
- ❖ Sensação de movimentos fetais (gases intestinais?);
- ❖ Enjôos.



Sinais e Sintomas de Probabilidade



- ❖ Podem indicar uma provável gravidez, contudo, não oferecem certeza.
- ❖ Envolve alterações observadas na genitália (embebição gravídica) - alterações objetivas.



Sinais e Sintomas de Probabilidade

- ❖ Exames laboratoriais (testes baseados na secreção de hCG);
- ❖ Sinal de Nobile-Budin;
- ❖ Sinal de Goodell;
- ❖ Sinal de Oslander;
- ❖ Sinal de Hegar I e Mc Donald;
- ❖ Sinal de Hegar II;
- ❖ Sinal de Jacquemier;
- ❖ Sinal de Kluge.



Sinais e Sintomas de Certeza



- ❖ **Detectados na gravidez avançada:**
 1. **Presença de batimentos cardíofetais;**
 2. **Deteccção de movimentos fetais;**
 3. **Delineamento da gestação por meio da USG.**



Roteiro da Primeira Consulta

- 1. Leitura de anotações registradas no prontuário relacionadas à acompanhamentos progressos;**
- 2. Recepção da gestante e da família;**
- 3. Anamnese geral e obstétrica;**
- 4. Exame físico geral e obstétrico;**
- 5. Proceder ao registro da gestante na base de dados – SIS Pré-Natal.**





Cartão/Carteira da Gestante

- ❖ **Carteira da gestante: Deve ser devidamente preenchida, contendo o registro dos principais dados do acompanhamento pré-natal.**
- ❖ **Deve permanecer no poder da gestante, pois é essencial para o sistema de referência e contra referência.**



Investigação – Coleta de Dados

- ❖ A coleta e registro de dados na primeira consulta de pré-natal são significativos para o acompanhamento, oferecendo informações relevantes para o estabelecimento da assistência a ser prestada à gestante.
- ❖ Auxilia na detecção precoce de fatores de risco gestacional.
- ❖ 1º passo – investigar o motivo da consulta.



Investigação – Coleta de Dados

- ❖ **Durante a coleta de dados o profissional de saúde deve:**
- ❖ **Anotar os dados de identificação** (nome, idade, endereço, estado civil, profissão/ocupação, etc.);
- ❖ **Coletar dados socioeconômicos** (renda familiar, moradia, número de dependentes, animais domésticos, saneamento básico, hábitos de vida);
- ❖ **Investigar antecedentes familiares** (hipertensão arterial, câncer, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, “gemelaridade”, outros).



Investigação – Coleta de Dados

- ❖ **Antecedentes pessoais** (presença de alguma patologia transmissível – DST's, HIV; hipertensão arterial, diabetes mellitus, transtornos psicológicos, problemas vasculares, alergias; submissão à cirurgias). Uso de medicações.
 - ❖ **Antecedentes ginecológicos** (menarca, ciclos menstruais – duração, regularidade, quantidade - número de parceiros, último preventivo, DST's, parceiro fixo, métodos contraceptivos, infertilidade, etc).
- **Averiguar o motivo da consulta;**



Investigação – Coleta de Dados

- ❖ **Antecedentes obstétricos:** Gesta (G), Para (P), Abortos (A) – infectados, espontâneos, provocados; número de RN's de baixo peso; história de malformação fetal; cirurgias obstétricas; intervalo interpartal (< 02 anos); puerpério; aleitamento (duração e motivo de desmame).
- ❖ **Informações sobre a gestação atual (D.U.M.; IG; D.P.P.);**
- ❖ **Realizar o exame físico;**
- ❖ **Realizar o exame obstétrico.**



Nome da Gestante: _____

Local de realização do Pré-natal: _____

Telefone: _____

Hospital/Maternidade vinculação para o parto: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Número cartão do SUS: _____

Número SisPreNatal: _____

Número prontuário da US: _____

Estratificação de risco:

() Habitual

() Intermediário

() Alto Risco

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Telefone celular: _____ Residencial: _____ Comercial: _____

Contato em caso de emergência:

Nome: _____

Telefone: _____

Estado civil:

casada () solteira () viúva () desquitada () companheiro fixo ()

Raça/etnia:

branca () negra () parda () amarela () indígena ()

Escolaridade:

analfabeta () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo ()
ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto ()
ensino superior completo ()

Ocupação:

do lar () registro em carteira () sem registro em carteira ()
Profissão: _____

Renda familiar:

menos de 1 salário mínimo () entre 1 e 2 salários mínimos ()
entre 3 e 5 salários mínimos () acima de 5 salários mínimos ()

Gestação planejada:

sim () não ()

Método anticoncepcional utilizado anteriormente:

preservativo masculino () preservativo feminino () DIU ()
contraceptivo hormonal oral () contraceptivo hormonal injetável ()
outros: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

PATOLOGIAS:

| | | | |
|----------------------------|---------|---------|-------|
| Hipertensão arterial | não () | sim () | _____ |
| Cardiopatias | não () | sim () | _____ |
| Lúpus eritematoso | não () | sim () | _____ |
| Asma brônquica | não () | sim () | _____ |
| Diabetes | não () | sim () | _____ |
| Doenças da tireoide | não () | sim () | _____ |
| Infecção do trato urinário | não () | sim () | _____ |
| Doença hepática | não () | sim () | _____ |
| Doença mental | não () | sim () | _____ |
| HIV | não () | sim () | _____ |
| Sífilis | não () | sim () | _____ |
| Clamídia | não () | sim () | _____ |
| Gonorréia | não () | sim () | _____ |
| Tromboembolismo | não () | sim () | _____ |
| Cirurgia ginecológica | não () | sim () | _____ |
| Alergias | não () | sim () | _____ |
| Outras _____ | não () | sim () | _____ |
| _____ | | | _____ |
| _____ | | | _____ |
| _____ | | | _____ |

USO DE MEDICAMENTOS

Anti-hipertensivo não () sim () _____
 Anticoagulantes não () sim () _____
 Anticonvulsivantes não () sim () _____
 Corticoides não () sim () _____
 Diuréticos não () sim () _____
 Insulina não () sim () _____
 Outros _____ não () sim () _____

USO DE SUBSTÂNCIAS QUE GERAM DEPENDÊNCIA:

Álcool () Cigarro () Drogas () Outros _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Anomalias congênitas não () sim () _____
 Tromboembolismo não () sim () _____
 Tuberculose não () sim () _____
 Neoplasias não () sim () _____
 Gemelaridade não () sim () _____
 Outras _____ não () sim () _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

| Data | Aborto (IG) | Parto (IG) | Cesárea (IG) | Gravidez Ectópica | Imunoglobina Anti RhD | Complicações |
|------|-------------|------------|--------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Natimortalidade em gestação anterior: não () sim () _____

EXAME FÍSICO – 1ª CONSULTA

Data ____/____/____

Estatura _____ peso pré-gestacional _____ IMC _____

Cabeça/pescoço _____

Tórax _____

Aparelho cardio-circulatório _____

Pulmões _____

Abdômen _____

Membros _____

Sistema nervoso _____

Estratificação de Risco

Mãe Paranaense (MP):

1. Risco Habitual;
2. Risco Intermediário;
3. Alto Risco.



O risco deve ser avaliado em TODAS as consultas.

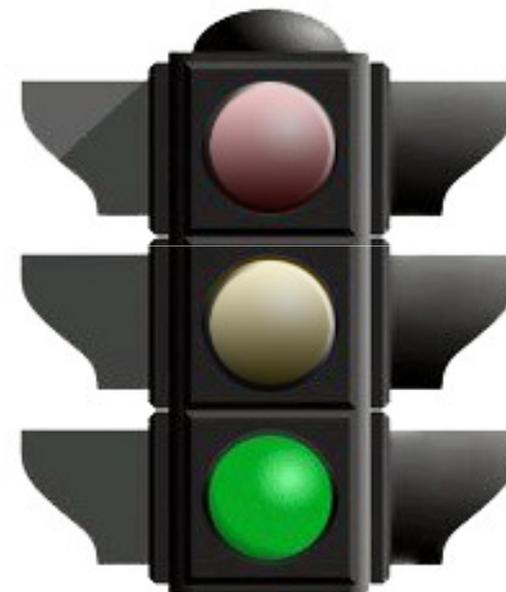


ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Orienta a organização da atenção nos diversos níveis
(primário, secundário, terciário)*

RISCO HABITUAL:

- ❖ Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Orienta a organização da atenção nos diversos níveis
(primário, secundário, terciário)*

RISCO INTERMEDIÁRIO:

❖ Gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Orienta a organização da atenção nos diversos níveis
(primário, secundário, terciário)*

RISCO INTERMEDIÁRIO:

- ❖ Gestantes com idade menor de 15 anos e maior que 40 anos;
- ❖ Gestantes negras ou indígenas;
- ❖ Mães com pelo ao menos 01 filho morto na gestação anterior;
- ❖ Gestantes na faixa etária de 15 a 20 anos com mais de 03 filhos vivos.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



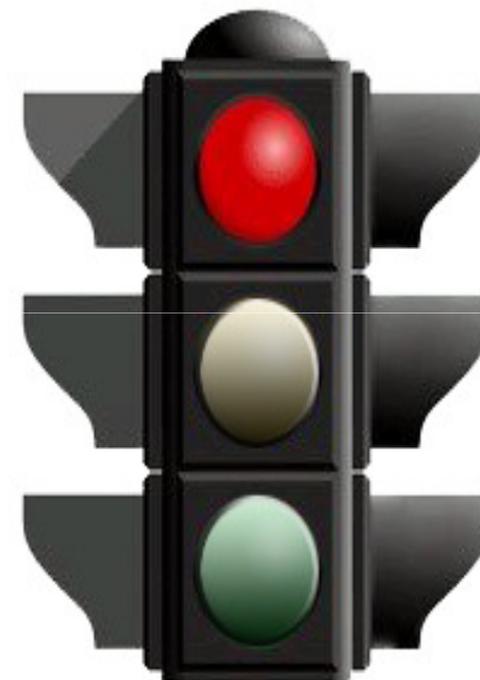
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Orienta a organização da atenção nos diversos níveis
(primário, secundário, terciário)*

ALTO RISCO

❖ Condições clínicas pré-existentes:

- Hipertensão arterial;
- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias; endocrinopatias, hemopatias, epilepsia; doenças autoimunes, doenças infecciosas, ginecopatias.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



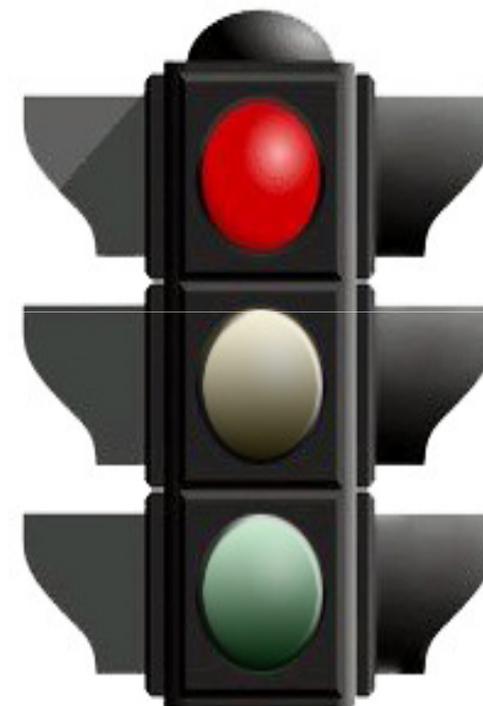
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Orienta a organização da atenção nos diversos níveis
(primário, secundário, terciário)*

ALTO RISCO

❖ Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas na gestação atual;
- Toxemia gravídica na gestação atual;
- Doenças clínicas diagnosticadas na gestação atual (*endocrinopatias, cardiopatias*);
- Retardo no crescimento intrauterino;
- Trabalho de parto prematuro.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



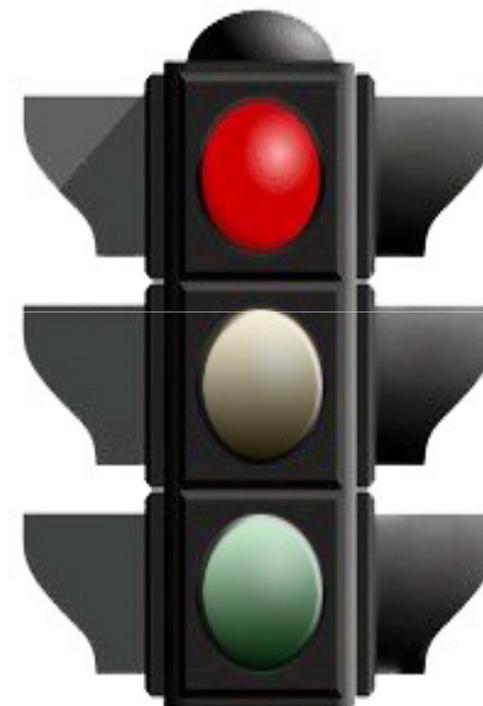
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Orienta a organização da atenção nos diversos níveis
(primário, secundário, terciário)*

ALTO RISCO

❖ Intercorrências clínicas:

- Placenta prévia;
- Amniorrexe prematura (*menor que 37 semanas*);
- Sangramento de origem uterina;
- Isoimunização RhD (Rh negativo);
- Malformação fetal confirmada;
- Macrossomia do concepto com patologias.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



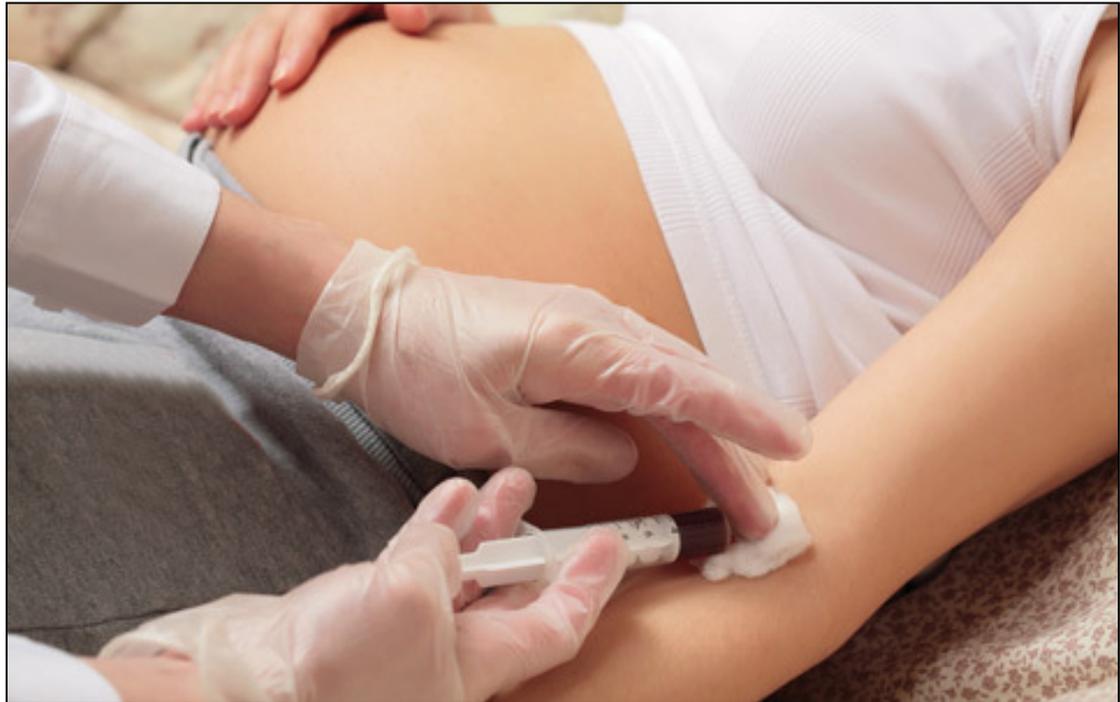
❖ **A Estratificação de Risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao Hospital para atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto e nascimento.**



EXAMES

PRÉ

NATAL



GRAVIDEZ - EXAMES DE ROTINA

❖ **URINA**

❖ **SANGUE**

❖ **FEZES**

❖ **PAPANICOLAOU**

❖ **ECOGRAFIA**



AMOSTRAS?

POSSIBILIDADE DE ERROS!!!!



e) Relação de exames a serem solicitados

| Exames | Positivo > 25 UI/ml Alerta para Mola Hidatiforme | 3º Trimestre |
|--|---|---|
| Teste rápido de gravidez | X | |
| Teste rápido para HIV | ● ● ● | <p>❖ Em TP iniciar AZT 2h. ante parto. ❖ Notificação obrigatória- Portaria 488/98MS I e II Triagem/Confirmatório ❖ Investigar parceiro</p> |
| Teste rápido para sífilis | X | |
| Teste rápido para dosagem de proteinúria | ● Quando necessário | <p>Solic = FTA-Abs Título baixo com trat.ant. = nova sorologia em 3 mês; Título > 1:16 = tratar! Parceiro não tratado = tratam. RN tratado como sífilis congênita = Notif. de sífilis materna pelo SINAN</p> |
| Tipagem sanguínea | X | |
| Pesquisa fator Rh | X | |

A

Pênfugo sífilítico – sífilis congênita



FIGURA 4 (A,B): Pênfugo sífilítico nas mãos e pés de recém-nascido com sífilis congênita

Fonte: Arquivo pessoal da Profa. Dra. Vânia Silami

Cegueira



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



e) Relação de exames a serem solicitados

| Exames | 1º Trimestre/ 1ª Consulta | |
|--|---------------------------|--|
| Teste rápido de gravidez | X | <p><u>Investigar DHEG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Proteinúria = acima 2 gr/24h ❖ Edema = ++/+++ ❖ Ganho súbito de peso = 500gr/sem. ❖ Aumento PA (30/15 mmhg) |
| Teste rápido para HIV | X | |
| Teste rápido para sífilis | X | |
| Teste rápido para dosagem de proteinúria | Quando necessário | |
| Tipagem sanguínea | X | |
| Pesquisa fator Rh | X | <p>Eritroblastose fetal, Incompatibilidade Fator Rh, Icterícia neonatal, Isoimunização pelo fator Rh, Doença Hemolítica perinatal</p> |

❖ **MÃE NÃO POSSUI E NÃO RECONHECE O FATOR RH**

❖ **Produz anticorpos – anti-Rh**

❖ **HEMÓLISE FETAL**

❖ **Óbito por ANEMIA**



Imunoglobulina M
IGM- 300mg – IM profundo
até 72 horas pós parto

Solicitar Coombs Indireto na 1ª Consulta e se neg. = 1 Coombs indireto a cada 4 sem. a partir da 28ª sem.

ICTERICIA NEONATAL



Anemia Falciforme (dça hereditária, causa malformação hemácia (forma de foices)

**Res: AA =normal
SS = doença**



| | | | |
|-------------------------------|---|---|---|
| VDR/L/Sorologia para sífilis* | X | X | X |
| Eletroforese de hemoglobina | X | | |
| Hematócrito | X | | |
| Cultura de bactérias | | | |
| Dosagem de hemoglobina | | | |
| Dosagem de glicose | X | | X |

Anemia Gestacional

❖ 32%

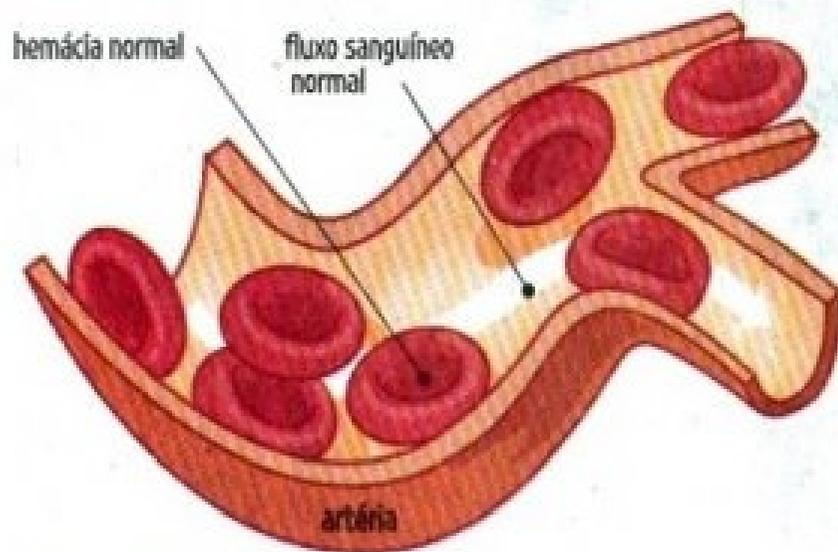
❖ 11 gr/dl

OS PROBLEMAS CAUSADOS PELA DOENÇA



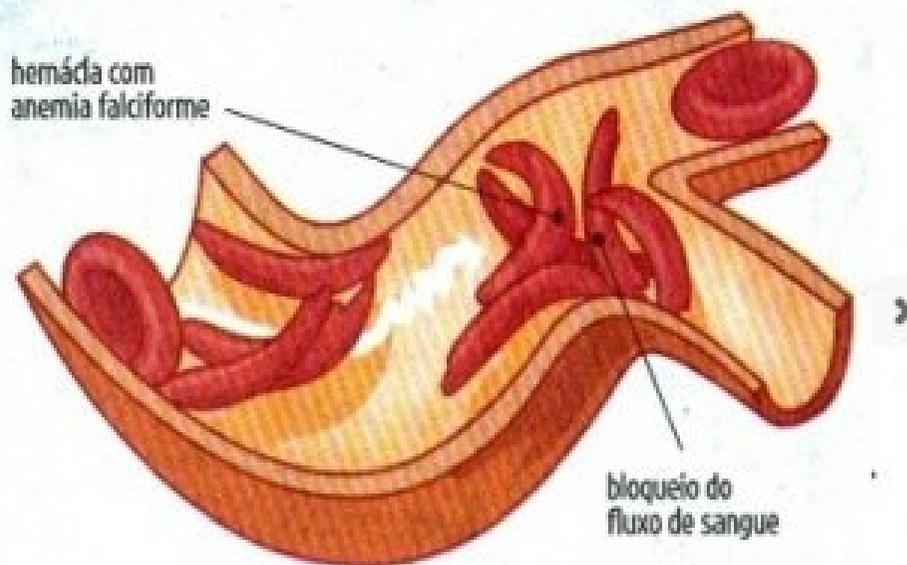
HEMÁCIAS NORMAIS

Em pessoas saudáveis, as hemácias (glóbulos vermelhos) são redondas e maleáveis, por isso elas circulam com facilidade pelos vasos sanguíneos



HEMÁCIAS COM ANEMIA FALCIFORME

Em pessoas com anemia falciforme, as hemácias são rígidas e têm o formato de uma foice. Elas têm mais dificuldade para circular pelos vasos



❖ *Gene mutante que leva a produzir hemoglobina S,*

❖ *Não permite transporte de oxigênio,*

❖ *Sobrevida 42 a 48 anos,*

❖ ***Sintomas = anemia+trombos+ hemorragia+ descolamento retina+ AVE + IAM.***



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



- Prescrever sulfato ferroso (300mg/dia \Rightarrow 60mg ferro elementar)
- Prescrever ácido fólico (5mg/dia)
- Orientar alimentação



| | | | |
|------------------------------|-----------------|--|---|
| VDRL/Sorologia para sífilis* | X | | |
| Eletroforese de hemoglobina | | | |
| Hematócrito | X | | |
| Cultura de bactérias | A crité médi | | |
| Dosagem de hemoglobina | | | |
| Dosagem de glicose | X | | X |

▪ ≤ 99 mg/dl = seguir TTG
(24^a e 28^asem. de IG)

▪ 100 a 125 mg/dl =
repetir/dieta

▪ ≥ 125 DIABETE
GESTACIONAL

A URINA É UM COMPONENTE ESTERIL

Atentar para:

Proteínas, corpos cetônicos, bactérias, leucócitos, hemácias, nitritos

| | | | |
|------------------------------|---|--|---|
| VDRL/Sorologia para sífilis* | | | |
| Eletroforese de hemoglobina | | | |
| Hematócrito | | | |
| Cultura de bactérias | | | |
| URINA 1 | | | |
| hemoglobina | X | | |
| Dosagem de glicose | X | | X |

| | | | |
|--|--------------|--|--|
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag) | X | | |
| Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa) | X | | |
| Ultrassonografia obstétrica** | 1º Trimestre | | |
| Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora | X | | |
| Toxoplasmose | X | | |
| Teste Indireto de Anti-globulina Humana (Tia) | X | | |

HBsAg = reagente (70 – 90% - cronificam)
GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
HBsAg – não reagente = VACINAR
após 14ª sem de IG.
NOTIFICAR!

25 - 30% = TRANSMISSÃO VERTICAL
75% = transmissão intraparto
25% = transmissão intraútero
COM INTERVENÇÕES = 1 a 2% =
Trasmissibilidade
GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.
 ** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

| | | |
|--|--------------|--|
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag) | X | |
| Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elis) | X | |
| Ultrassonografia obstétrica** | 1º Trimestre | |
| Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora | | |
| Toxoplasmose | | |
| Teste Indireto de Anti-globulina Humana (Tia) | X | |



Solicitar até 12 semanas = IG

- ❖ Não realização: Não é omissão se PN normal
- ❖ Não diminui a qualidade PN
- ❖ Melhora: Determinação IG / DPP
- ❖ Diagnóstico: Gemelar, MF graves
- ❖ Intercorrências: Solicitar

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.
 ** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

| | | | |
|--|---|--|--|
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag) | X | | |
| Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa) | X | | |
| Ultrassonografia obstétrica** | X | | |
| Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora | X | | |
| Toxoplasmose | X | | |
| Teste Indireto de Anti-globulina Humana (Tia) | X | | |

FETO:

- ❖ Número de fetos;
- ❖ Estática fetal;
- ❖ Biometria fetal;
- ❖ Movimentos e reatividade

PLACENTA:

- ❖ Grau de maturidade
- ❖ Localização

LIQUIDO AMNIÓTICO

- ❖ Aspecto
- ❖ Volume
- ❖ Odor!

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.

** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

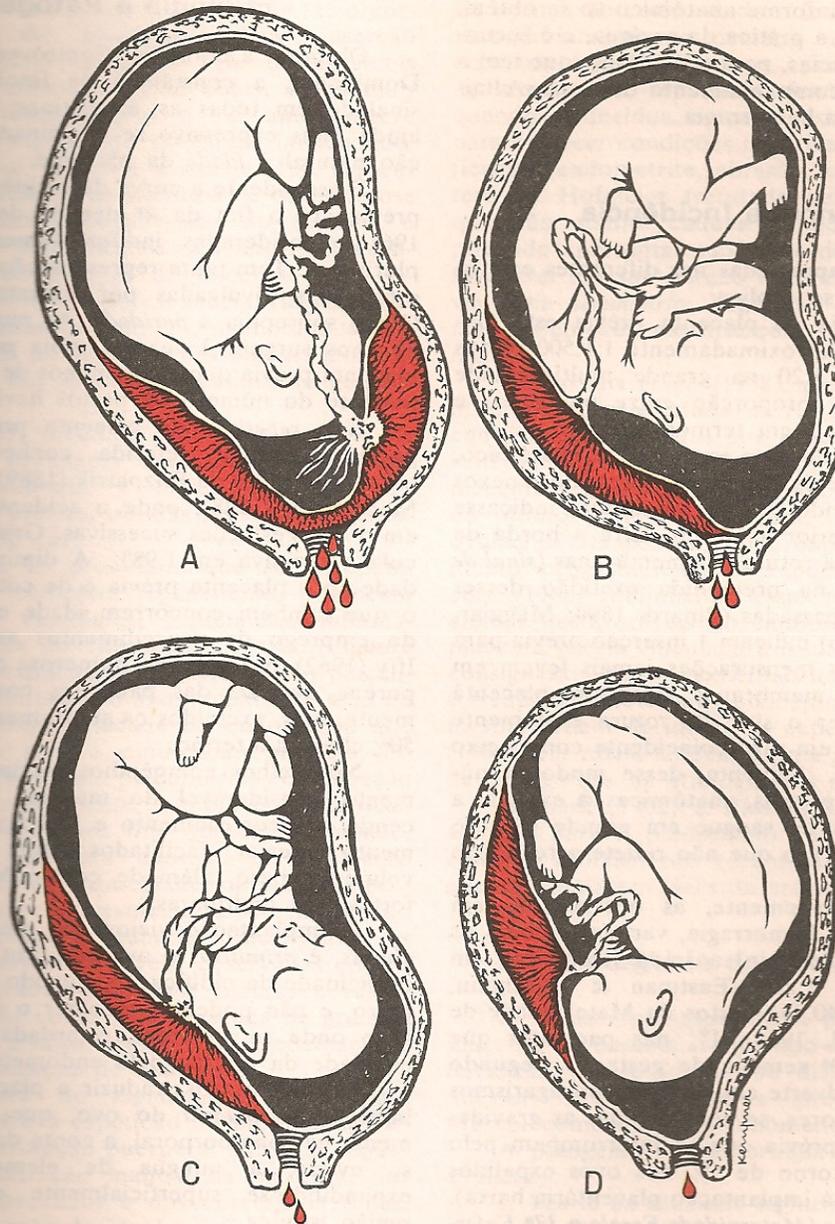


Fig. 1 — Modalidades anômicas de *placenta prévia*. A — Placenta prévia central-total. B — Placenta prévia central-parcial. C — Placenta prévia marginal. D — Implantação baixa da placenta. Quando na face ventral do segmento inferior, é a *placenta prévia-cesárea*.



MATURIDADE PLACENTARIO SEGUNDO GRANUNN

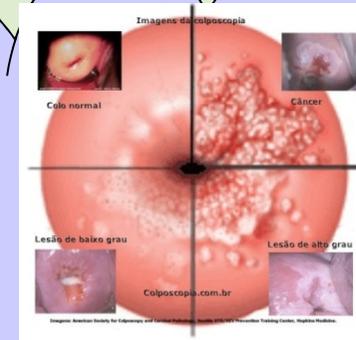
| GRAU | TEXTURA BOLO PLACENTAR |
|------|---------------------------------------|
| 0 | HOMOGENEA, <i>SEM CALCIFICAÇÕES</i> |
| I | CALCIFICAÇÕES, <i>SEM SEPTOS</i> |
| II-A | CALCIFICAÇÕES, <i>SEPTOS PEQUENOS</i> |
| II-B | CALCIFICAÇÕES, <i>SEPTOS GRANDES</i> |
| III | SEPTOS COMPLETOS COTILÉDONES FORMADOS |



Recém nascido de mãe fumante!



| | | | |
|--|---------|--|--|
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag) | X | | |
| Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa) | X | | |
| Ultrassonografia obstétrica** | 1º Trim | | |
| Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora | X | | |
| Toxoplasmose | X | | |
| Teste Indireto de Anti-globulina Humana (Tia) | X | | |



- ❖ Vulvovaginites na gestação
- ❖ Mudança de Ph vaginal
- ❖ Hábitos e estilo de vida
- ❖ REAVALIAR COM FREQUÊNCIA!
- ❖ RISCO: PREMATURIDADE/ ABORTAMENTO
- ❖ Coleta citologia

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.

** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

| | | | |
|--|----------|--|--|
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag) | X | | |
| Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa) | X | | |
| Ultrassonografia obstétrica** | 1º Trime | | |
| Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora | X | | |
| Toxoplasmose | X | | |
| Parasitológico de fezes | X | | |

❖ **Tratamento preferencialmente após a 16ª sem.de IG (teratogenicidade)**

❖ **Pode cursar com sintomas digestivos leves, como dor abdominal, náuseas, diarreia ou constipação intestinal, digestão difícil e flatulência, confundidos com manifestações próprias do início de gravidez. Pode ser a causa de uma anemia que não responde ao tratamento clínico rotineiro**

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.

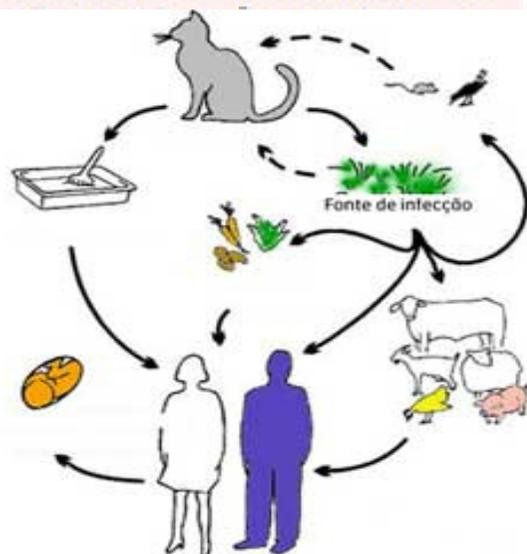
** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

| | | | |
|--|--------------|--|---|
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag) | X | | |
| Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa) | X | | X |
| Ultrassonografia obstétrica** | 1º Trimestre | | |
| Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora | X | | |
| Toxoplasmose | X | | |
| Teste Indireto de Anti-globulina Humana (Tia) | | | |

❖ **COOMBS INDIRETO**
❖ *Se gestante Rh negativa – solicitar Coombs Indireto na primeira consulta, 28ª sem de IG, 32ª sem de IG, 36ª sem de IG e 40ª sem de IG oportunamente.*

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.

** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.



Exame citológico cervical/vaginal/
microflora

Toxoplasmose

Teste Indireto de Anti-
globulina Humana (Tia)

Tabela 2 - Alterações ultra-sonográficas encontradas nos oito fetos sintomáticos.

| Alterações ultra-sonográficas | n |
|-------------------------------|-----|
| Lesões cerebrais | 8/8 |
| Dilatação ventricular | 8 |
| Calcificação intracraniana | 5 |
| Alterações Placentárias | 3/8 |
| Espessamento placentário | 3 |
| Alterações hepáticas | 3/8 |
| Calcificação hepática | 1 |
| Hepatomegalia | 2 |
| Outras alterações | 5/8 |
| Poliidrâmnio | 2 |
| Derrame pericárdico | 1 |
| Esplenomegalia | 1 |
| CIUR | 1 |

CIUR: crescimento intra-uterino restrito.

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.

** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

SECRETARIA DE ESTADO
DA **SAÚDE**



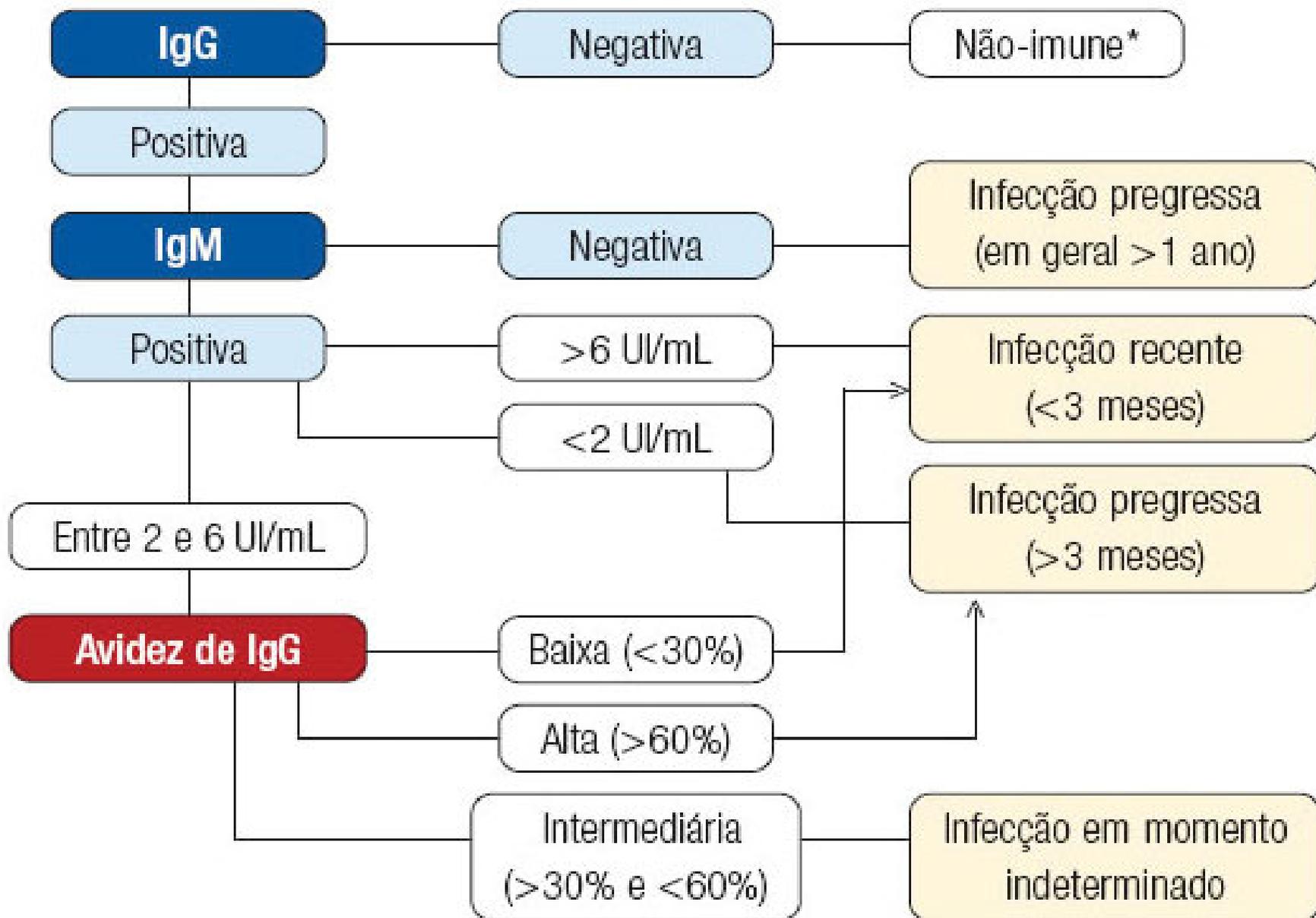
TOXOPLASMOSE



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



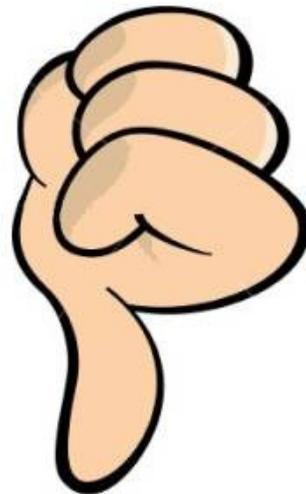
Roteiro para interpretação da sorologia para toxoplasmose



* Caso a IgG seja negativa e a IgM, positiva, sugere-se acompanhamento sorológico.



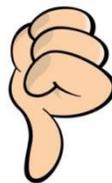
POSITIVO



NEGATIVO

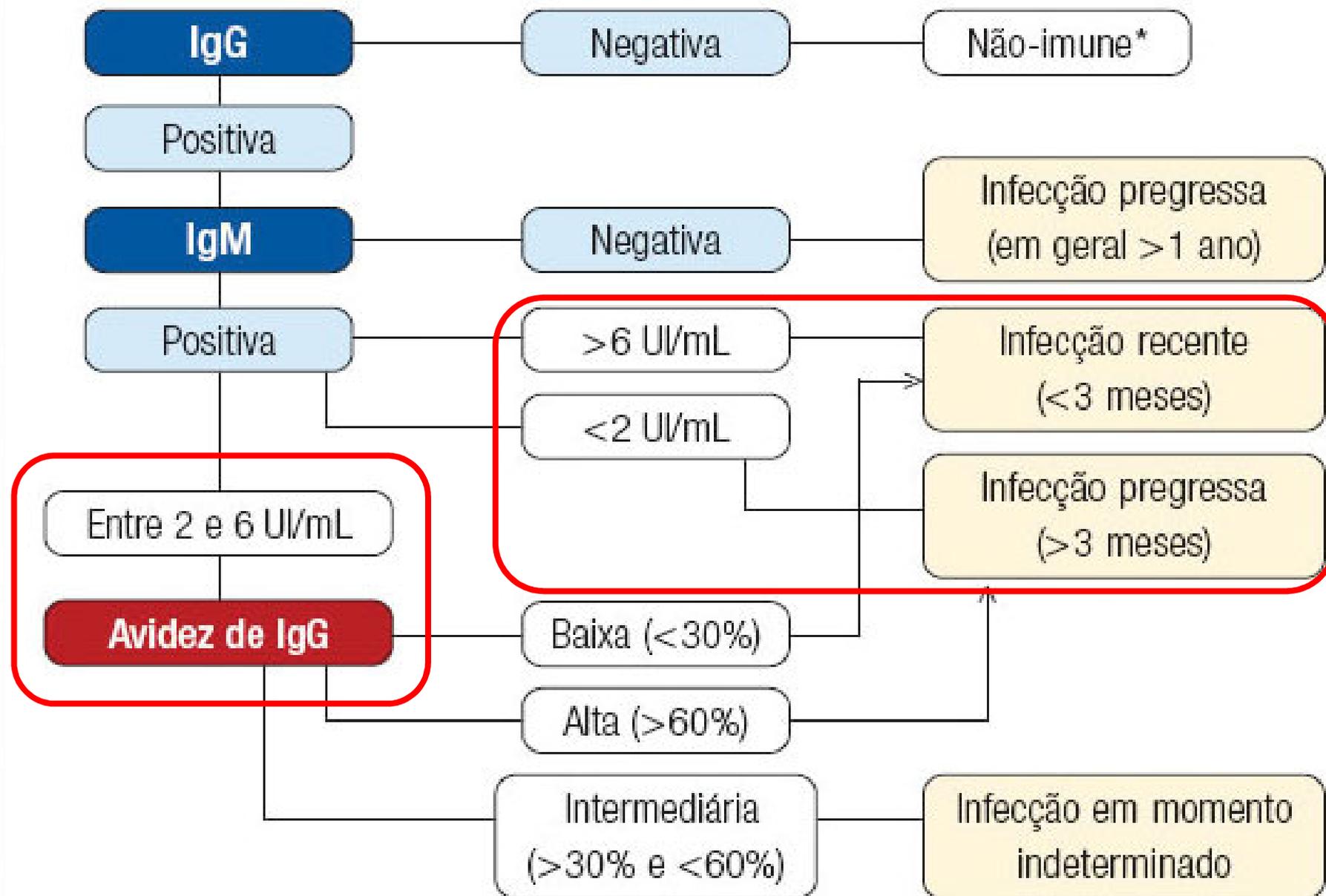


VAMOS ENTENDER DE MANEIRA MAIS FÁCIL!!!!!!

| | | | | | |
|-----|---|-----|--|---|--|
| IGG |  | IGM |  | = | ESTÁ C/ TOXOP. = <i>Alto Risco</i> |
| IGG |  | IGM |  | = | Não TOXOP/ <i>não imune</i> = RISCO - susceptível |
| IGG |  | IGM |  | = | IMUNE |
| IGG |  | IGM |  | = | ESTÁ C/ TOXOP. = <i>fase aguda/ALTO</i> RISCO |



Roteiro para interpretação da sorologia para toxoplasmose



* Caso a IgG seja negativa e a IgM, positiva, sugere-se acompanhamento sorológico.



FIQUEM DE OLHO! EXAMES... VIGIAR SEMPRE!
VALEU PESSOAL!

GESTANTE E VÍNCULO -UBS

- ❖ *Independentemente do serviço de saúde onde a gestante esteja fazendo seu pré-natal (Unidade Básica de Saúde, com a equipe de Saúde da Família, clínica particular ou hospital), **você tem a responsabilidade de fazer seu acompanhamento!***

Nunca perder o vínculo! Família – Companheiro!



COMO VOCÊ ENCAMINHA?

- ❖ *Conhecer* os serviços de saúde de referências para encaminhar as gestantes de risco;
- ❖ Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios especializados;
- ❖ Hospitais da Rede de Referência.

ENFERMAGEM - 2 COMPROMISSOS:

- **Serviços resolutivos.**
- **Acompanhar sempre a gestante!!**





❖ *A gravidez não é
doença.*

❖ *A maior parte das
gestantes não tem
complicações durante a
gestação, algumas
podem apresentar sinais
indicativos de problemas
para a sua saúde e da
criança.*



***“Sou mulher, sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.***

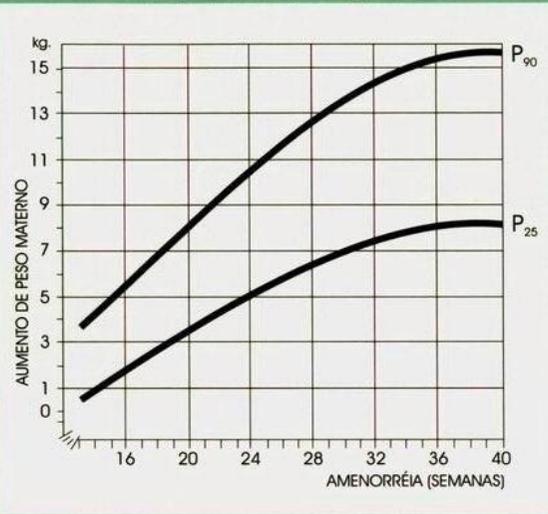
***Se parir faz parte da natureza,
que esta força seja respeitada”.***

Livia Pavitra

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Curva de peso/idade gestacional



Curva altura uterina/idade gestacional

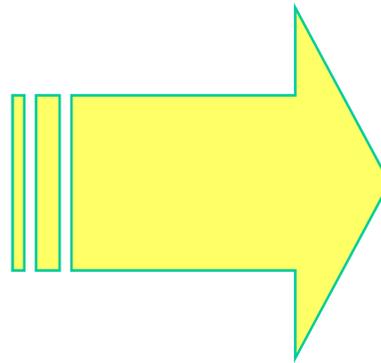
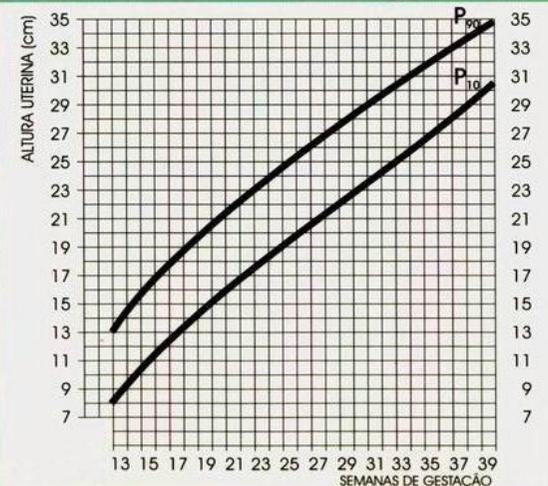


Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

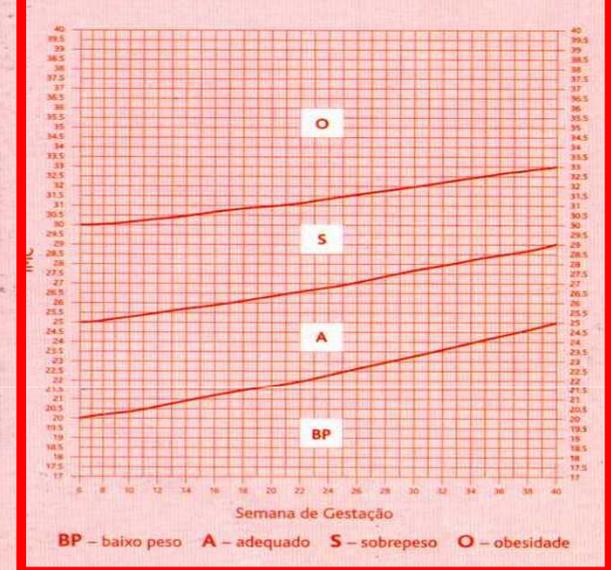
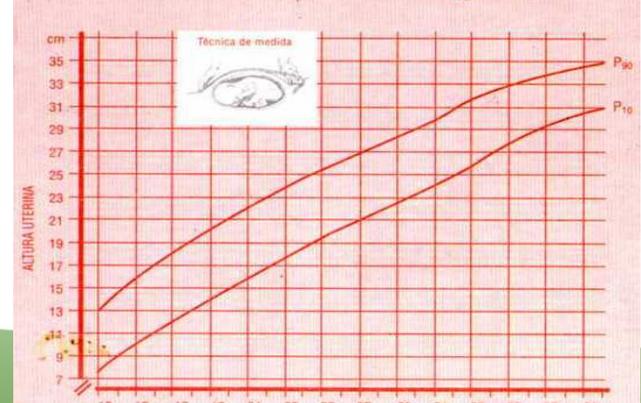


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

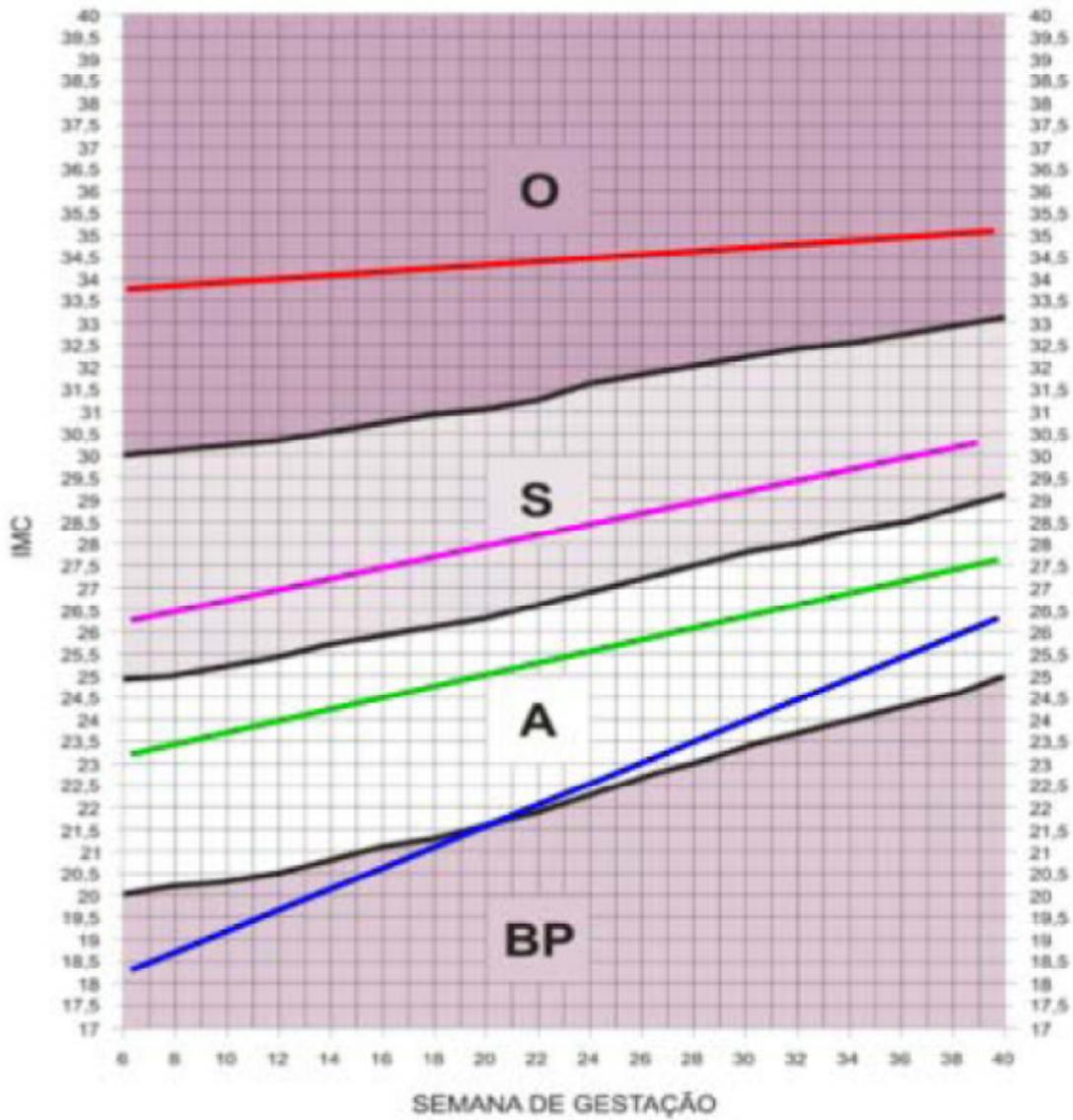
Índice de Massa Corpórea - IMC

$$\text{IMC} = \text{PESO (Kg)}$$

$$\text{ALTURA x ALTURA}$$

Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante

Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



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

Fonte: ATALAH, 1999, modificado.

Dezembro, 2002

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

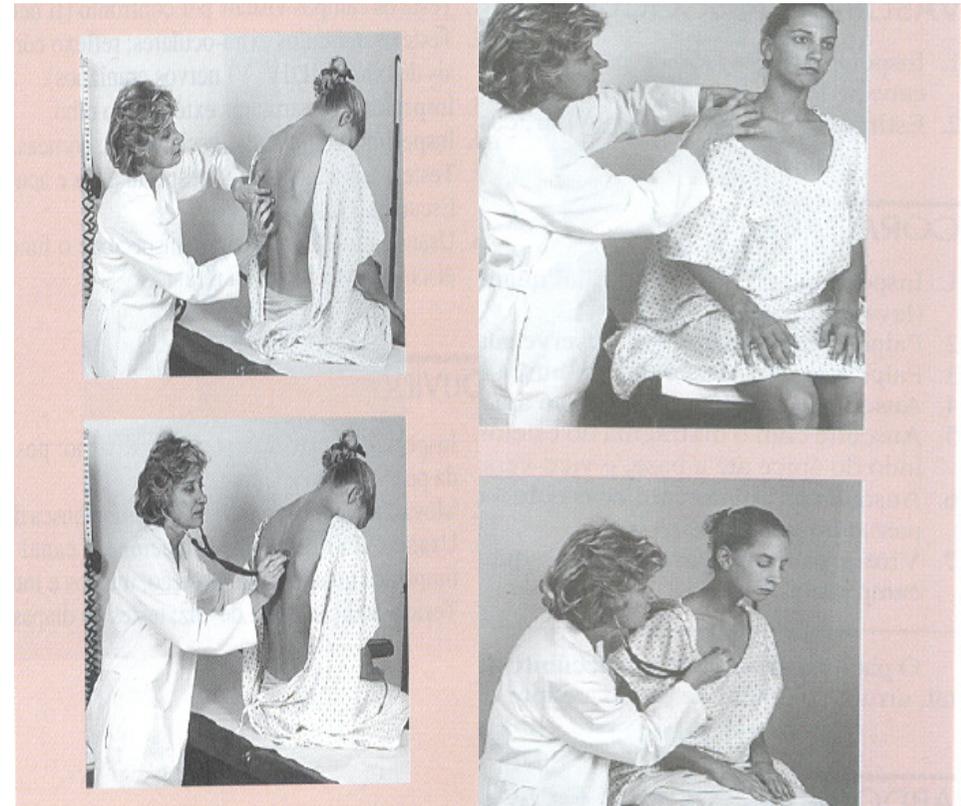


CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

Geral

- ❖ - Avaliação pele, mucosas e fâneros;
- ❖ Ausculta pulmonar;
- ❖ Ausculta cardíaca;
- ❖ Avaliação dos membros inferiores;

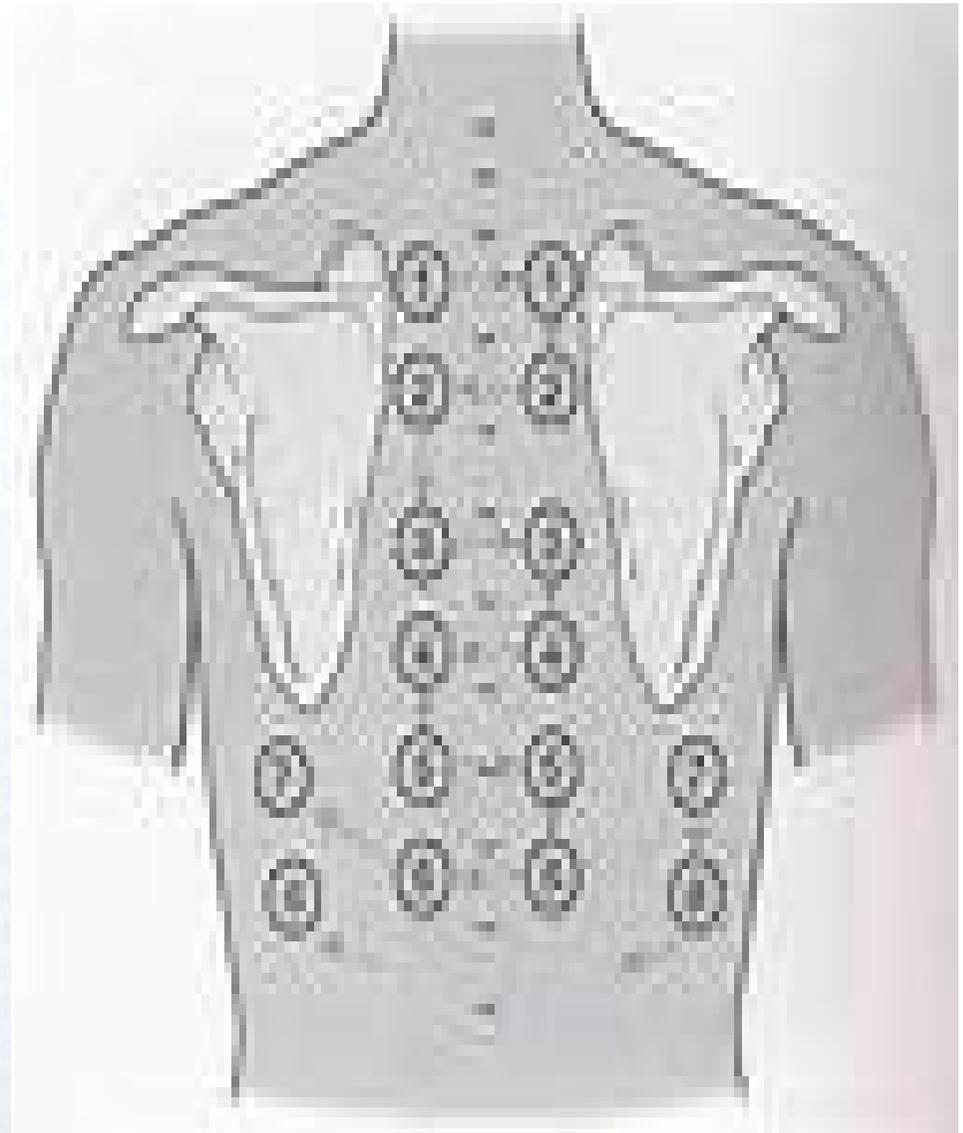
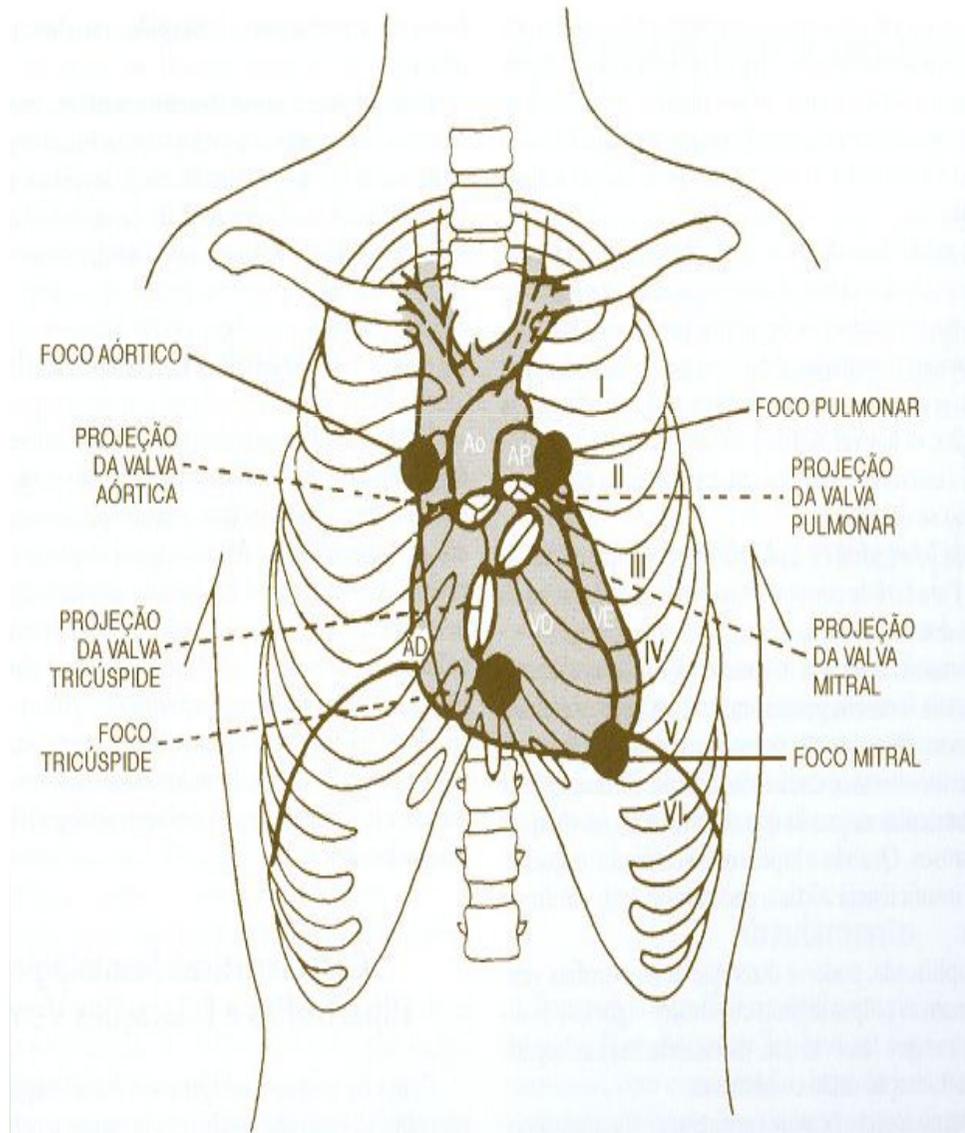


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

MEMBROS INFERIORES

Edema:

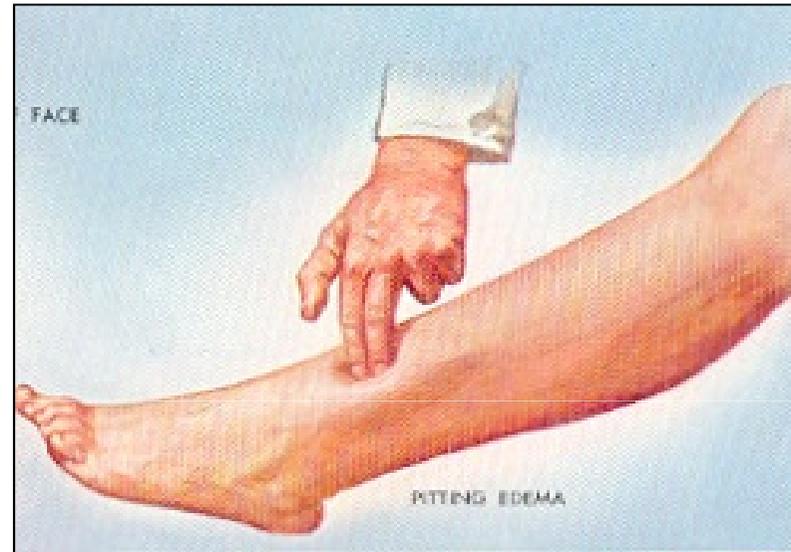
► Classificação

❖ Edema ausente (-)

❖ Edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso até joelho (+)

❖ Edema limitado a membros inferiores (++)

❖ Edema generalizado – face, tronco e membros (++++)



ANASARCA

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

VARIZES



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

- ❖ Exame das mamas;
- ❖ Medida da altura uterina;
- ❖ Ausculta de batimentos cardíacos fetais;
- ❖ Identificação da situação e apresentação fetal;
- ❖ Inspeção da genitália externa;
- ❖ Exame especular.

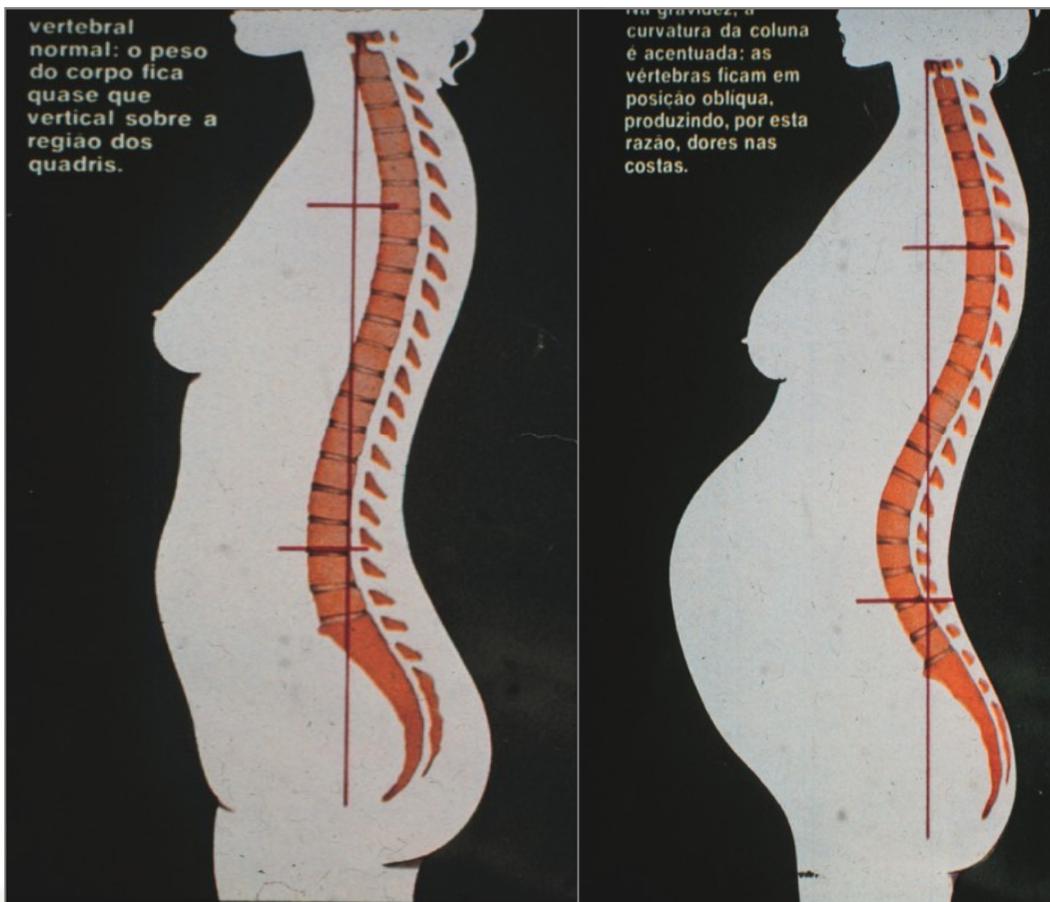


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO



Sist. Músculo esquelético:

- ♀ “o caminhar orgulhoso da gestação” - **Shakespeare.**
- ♀ Elasticidade e amolecimento do tecido conjuntivo e colagenoso;
- ♀ Maior mobilidade das articulações.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM (diagnósticos) & CUIDADOS DE ENFERMAGEM (prescrições)

Outros sintomas: Caimbras, dor lombar

CUIDADOS

- ❖ Correção postural ao sentar e andar;
- ❖ Aplicação de calor local;
- ❖ Uso constante de sutiã, com boa sustentação;
- ❖ Evitar excesso de exercício;
- ❖ Massagear o músculo contraído e aplicar calor local;
- ❖ Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

- ❖ **SIST. RENAL:** 10^a semana – a pelve renal e os ureteres dilatam-se - Infecções urinária
- ❖ **SIST. TEGUMENTAR:**
 - ❖ Estrias aparecem em 70% das gestantes.
 - ❖ Refletem a separação do tecido conjuntivo da pele (colágeno).
 - ❖ Incidem nas áreas mais quentes ou de mais dilatação como abdome, coxas e mamas.
 - ❖ Hipertrofia de gengiva.
 - ❖ Crescimento das unhas acelerado.
 - ❖ Pele e pêlos.

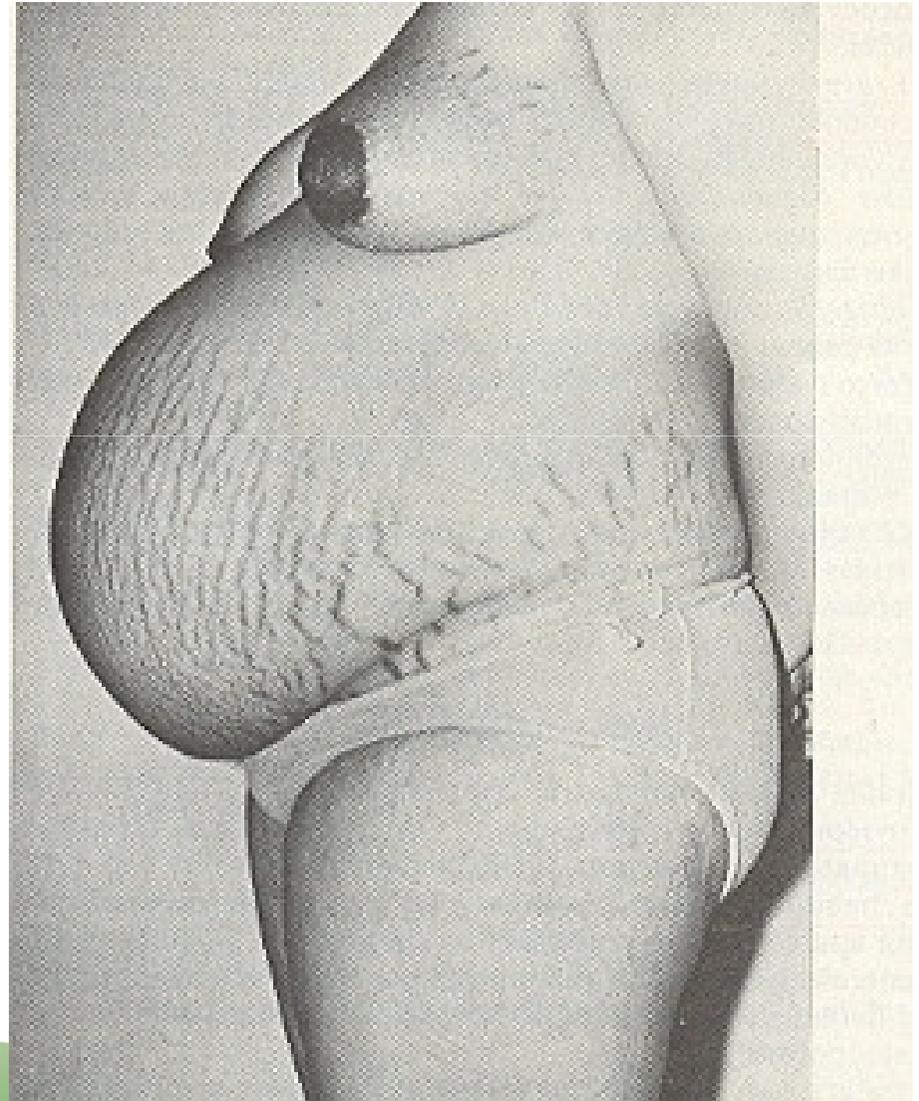


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

Estrias gravídicas (VÍBICES)



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

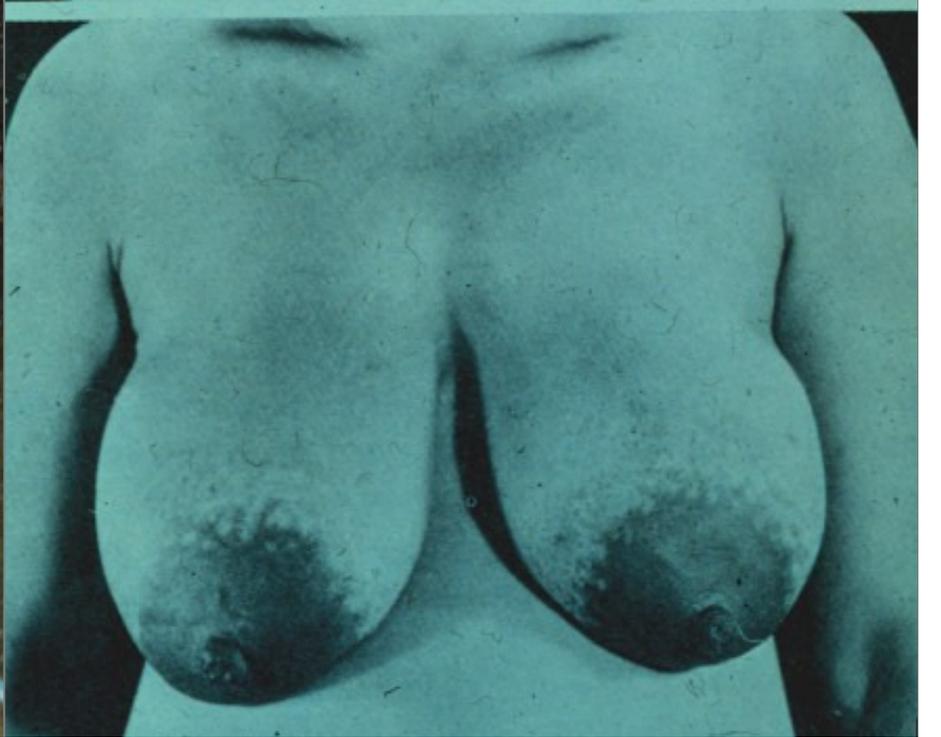
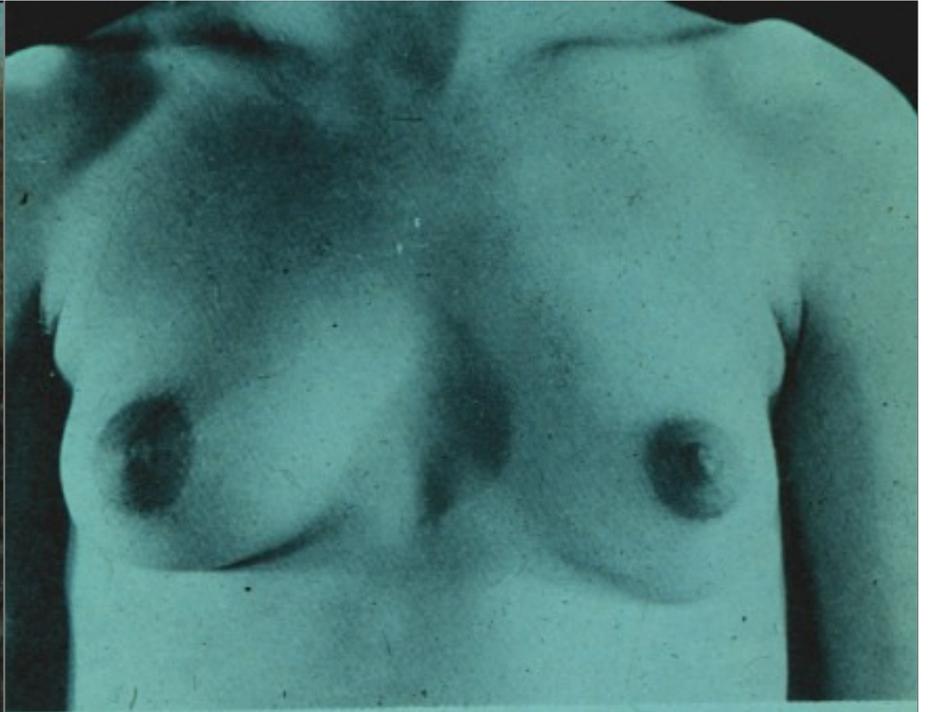


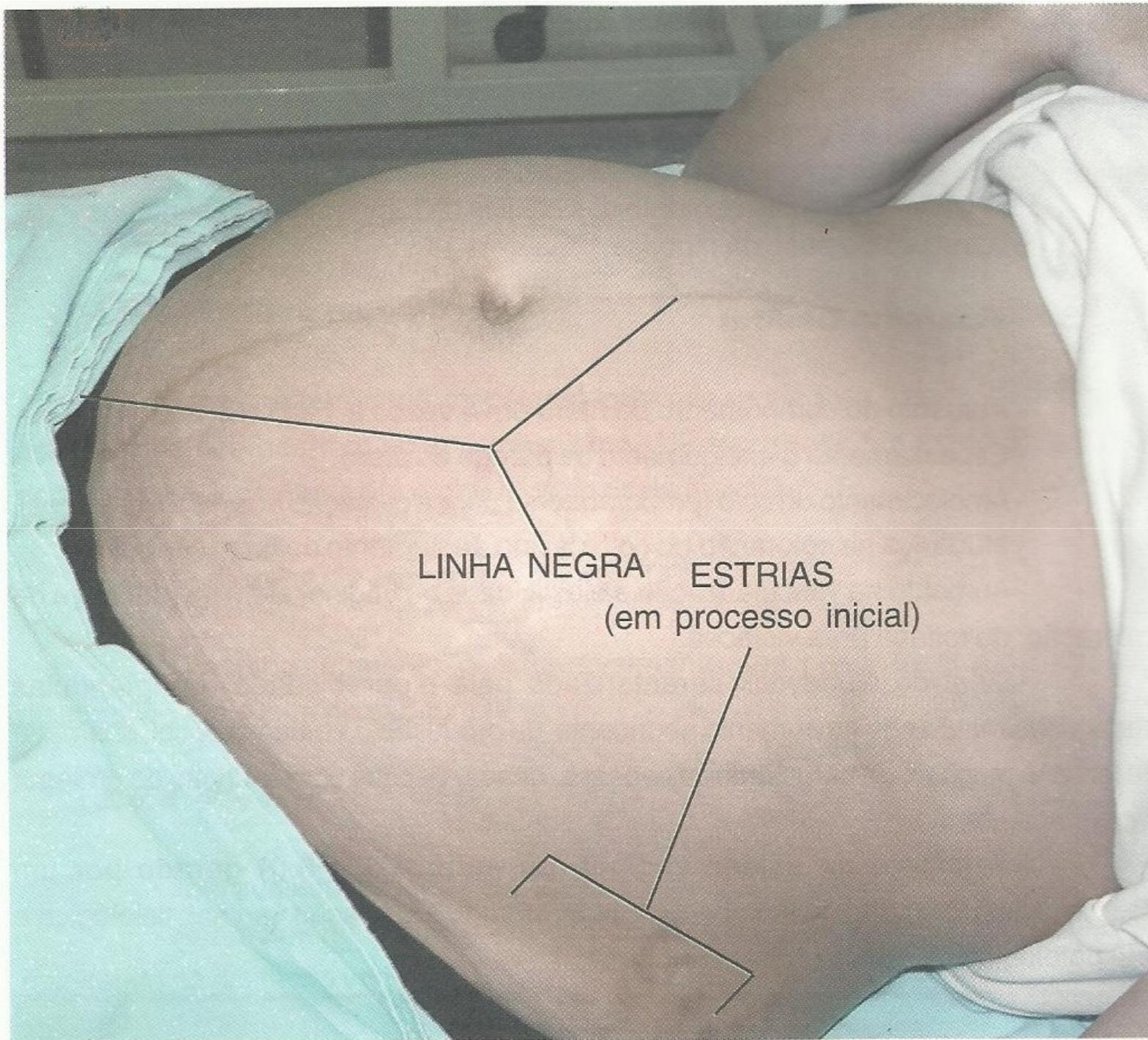
C
L
O
A
S
M
A



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde







LINHA NEGRA ESTRIAS
(em processo inicial)

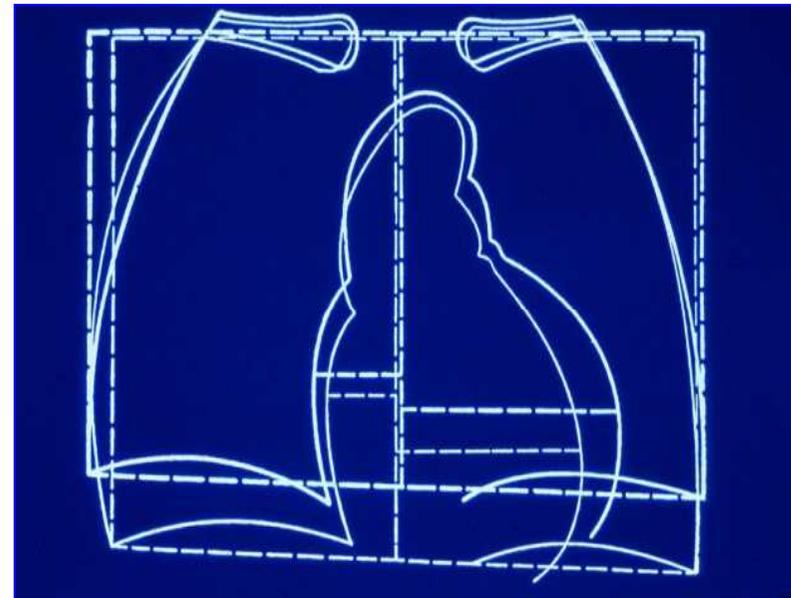


CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

SIST. RESPIRATÓRIO

- ❖ A respiração torna-se torácica.
- ❖ O trato respiratório superior fica mais vascularizado devido estrogênio.
- ❖ À medida que os capilares ingurgitam-se, desenvolve-se edema e hiperemia na faringe, laringe e narinas – epistaxe e congestão nasal.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

SISTEMA GASTROINTESTINAL

- ❖ O apetite oscila;
- ❖ Náusea e vômitos;
- ❖ No 3º trimestre o apetite aumenta em resposta à demanda de necessidades metabólicas;
- ❖ hCG;
- ❖ Aumento do estrogênio diminui a produção de ácido clorídrico;
- ❖ Aumento da progesterona diminui o tônus e a motilidade da musculatura lisa.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM (diagnósticos) & CUIDADOS DE ENFERMAGEM (prescrições)

Sintomas Digestivos: náuseas, vômitos, sialorréia, flatulência, constipação, pirose e azia

CUIDADOS

- ❖ Evitar jejum prolongado;
- ❖ Alimentos secos;
- ❖ Variedade na alimentação;
- ❖ Evitar gorduras (frituras), açúcar, alimentos de difícil digestão;
- ❖ Evitar líquidos durante as refeições;
- ❖ Dieta fracionada e Dieta rica em resíduos.

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

❖ Sistema Cárdio Vascular:

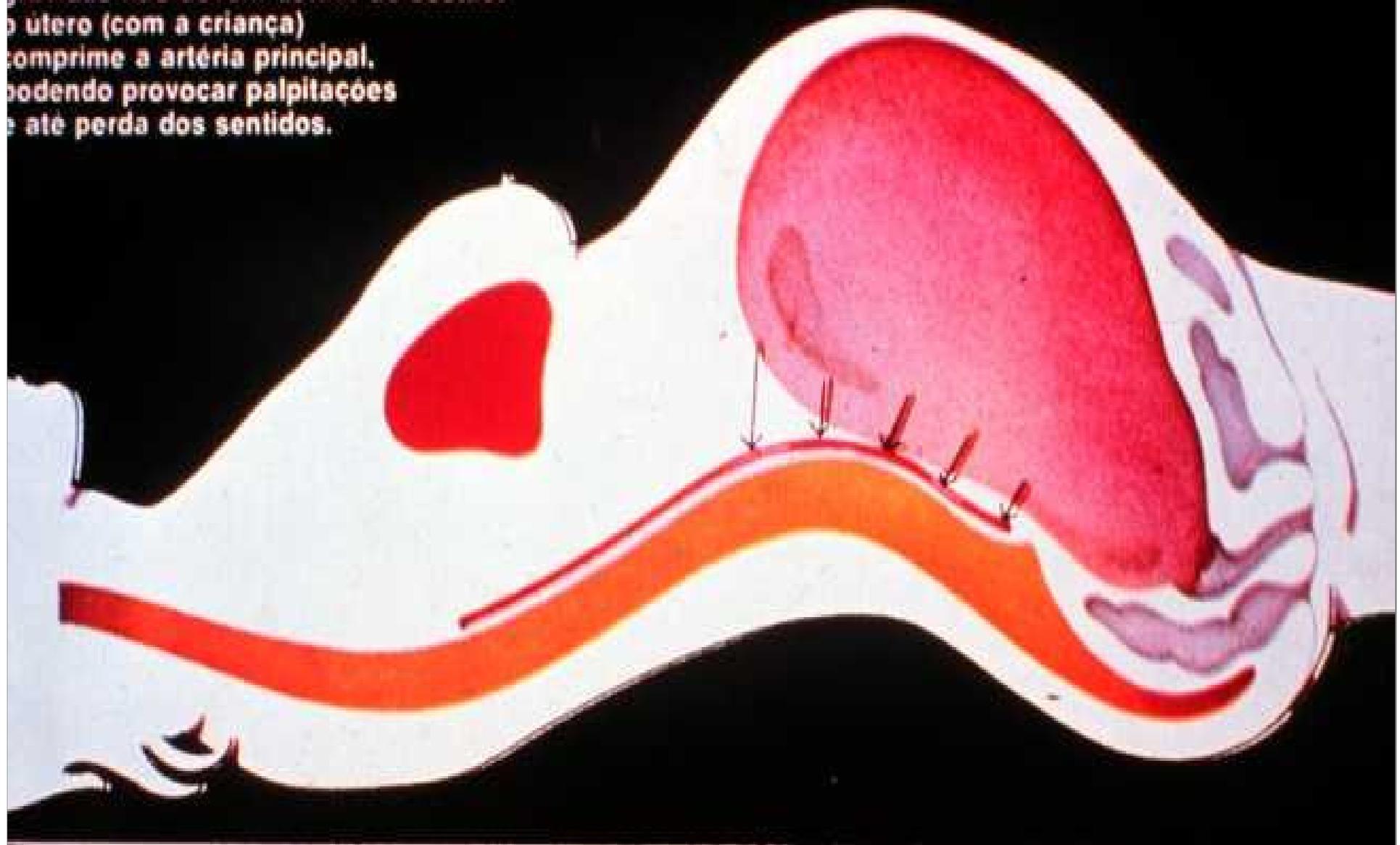
- ❖ No 1º e 3º trimestre a PA *permanece a mesma*;
- ❖ No 2º trimestre *há uma diminuição de 5 a 10 mm Hg* (provavelmente devido à vaso dilatação periférica);
- ❖ Síndrome de *hipotensão supina* – após 4 a 5' em decúbito dorsal a mulher sente um desfalecimento e a PA sistólica baixa 30 mmHg;
- ❖ A compressão das veias ilíacas e cavas pelo útero causa diminuição do fluxo venoso, levando a *edema na perna, varicosas nas pernas, vulva e hemorróidas*.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Aqui, a razão porque as mulheres
grávidas não devem dormir de costas:
o útero (com a criança)
comprime a artéria principal,
podendo provocar palpitações
e até perda dos sentidos.



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM (diagnósticos) & CUIDADOS DE ENFERMAGEM (prescrições)

Sintomas diversos: Fraqueza, tontura e desmaio

CUIDADOS

- ❖ Evitar inatividade;
- ❖ Mudanças bruscas de posição;
- ❖ Jejum prolongado;
- ❖ Ingerir líquidos açucarados;
- ❖ Respirar profundamente;
- ❖ Decúbito lateral;
- ❖ Melhorar fluxo sanguíneo cerebral.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

Mamas

- ❖ *Mastalgia, maior peso.*
- ❖ *Tubérculos de Montgomery – hipertrofia das glândulas sebáceas.*
- ❖ *Rede de Haller – maior o suprimento de sangue.*
- ❖ *Colostro – 16ª semana.*



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

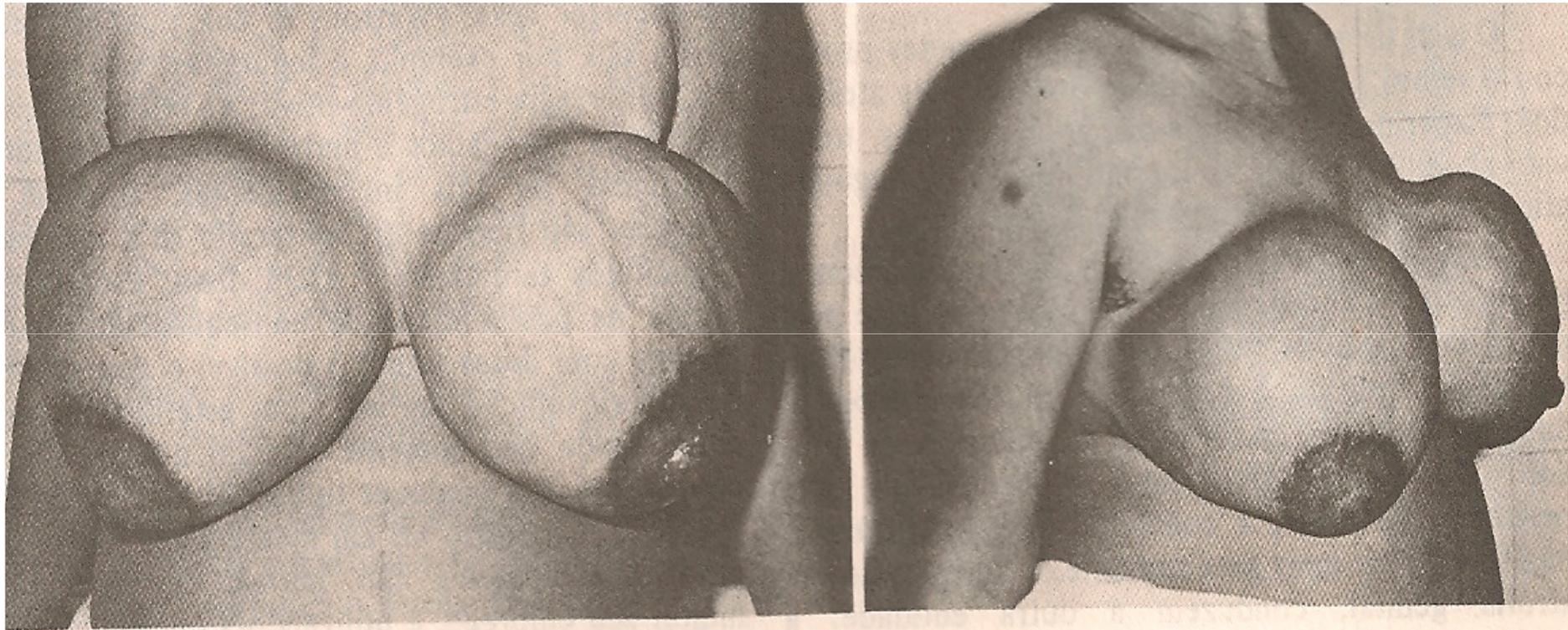


Fig. 1 – Hipertrofia mamária (gigantomastia) em gestante (Arq. 33ª Enfª).

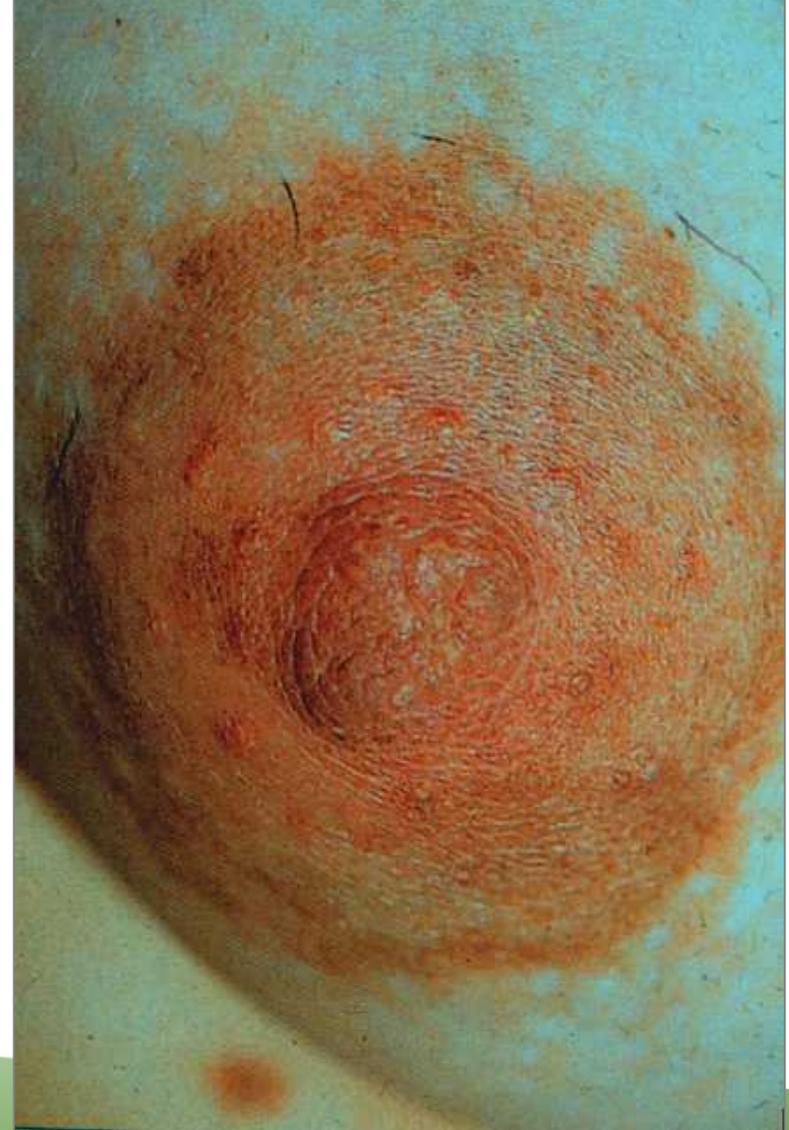


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO



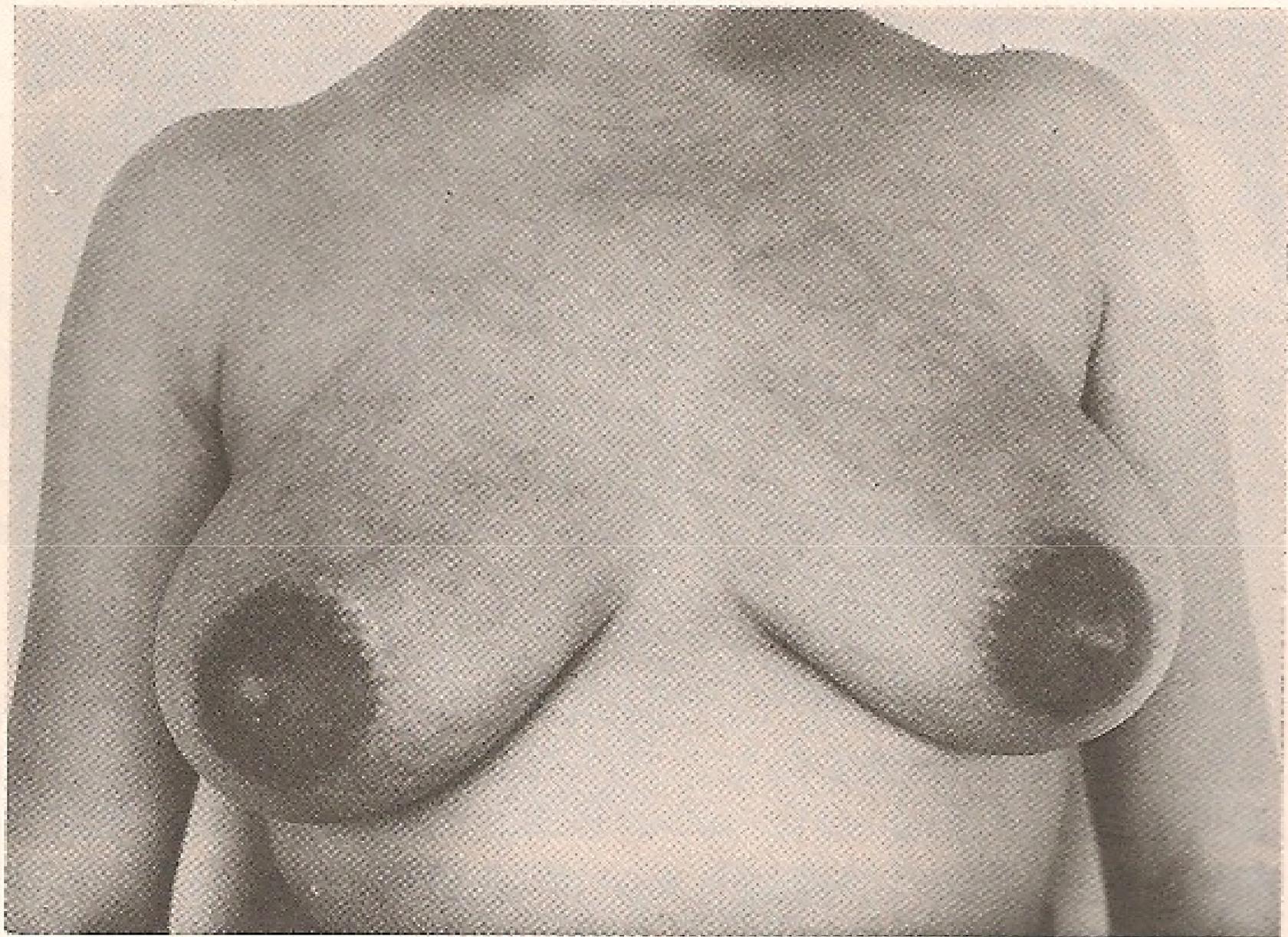
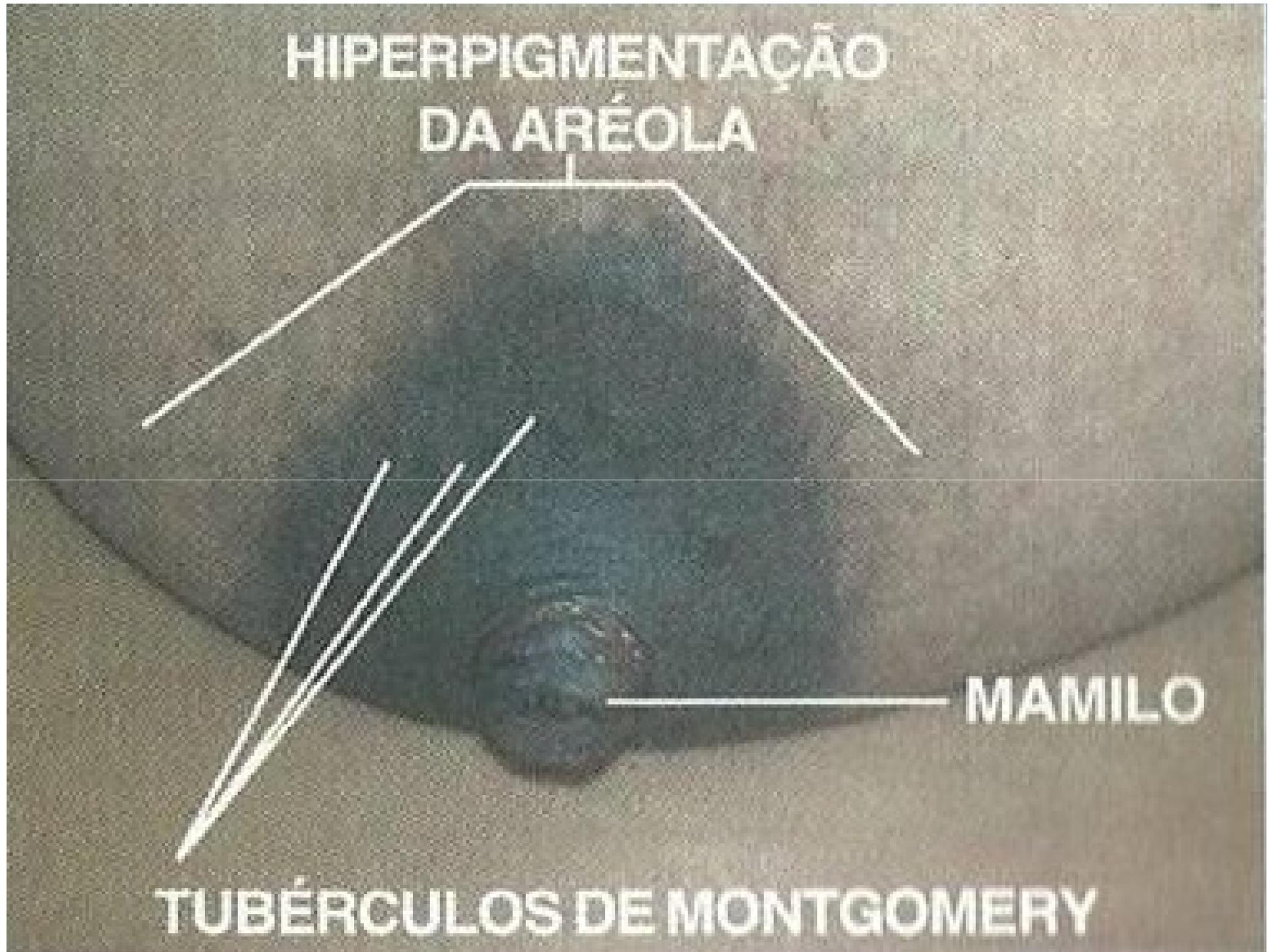


Fig. 3 — Rede de Haller (*Arq. Cl. Obst. Fac. Med. Univ. S. Paulo*).

HIPERPIGMENTAÇÃO
DA ARÉOLA

MAMILO

TUBÉRCULOS DE MONTGOMERY



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

ESTÁTICA FETAL

✓ *Tempos da Manobra de Leopold*

- ❖ **Fundo uterino;**
- ❖ **Dorso;**
- ❖ **Situação fetal;**
- ❖ **Apresentação fetal (escava);**
- ❖ **Altura da apresentação.**



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde





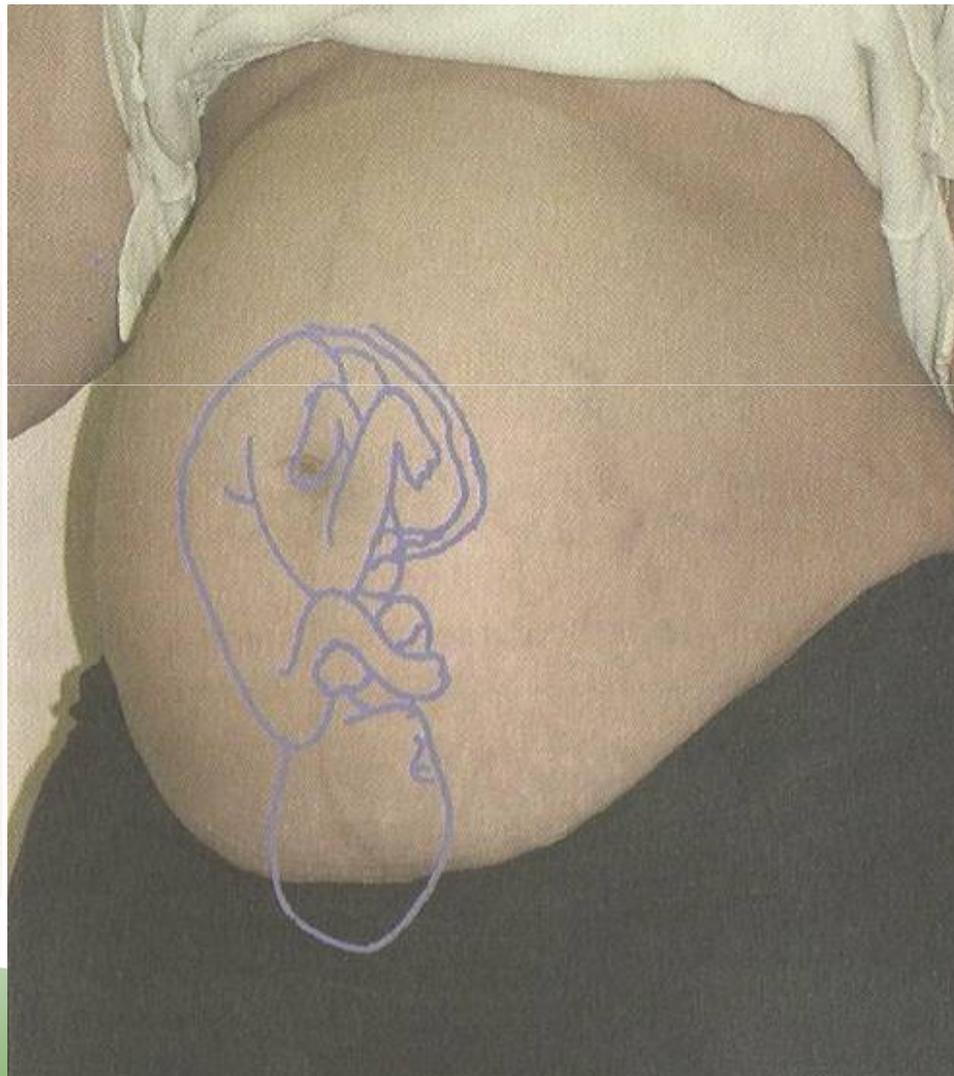
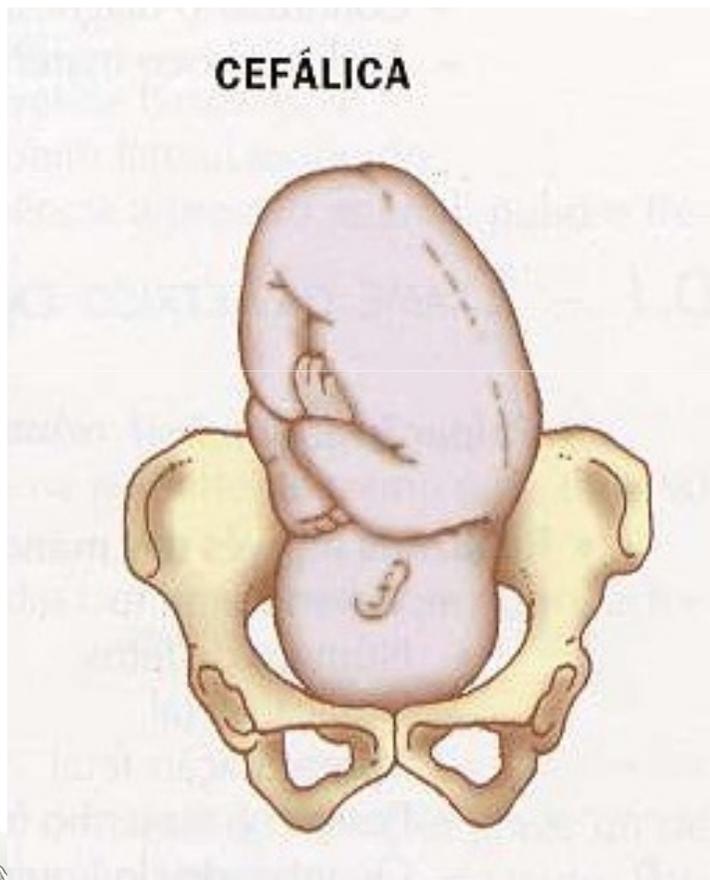






CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

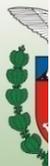
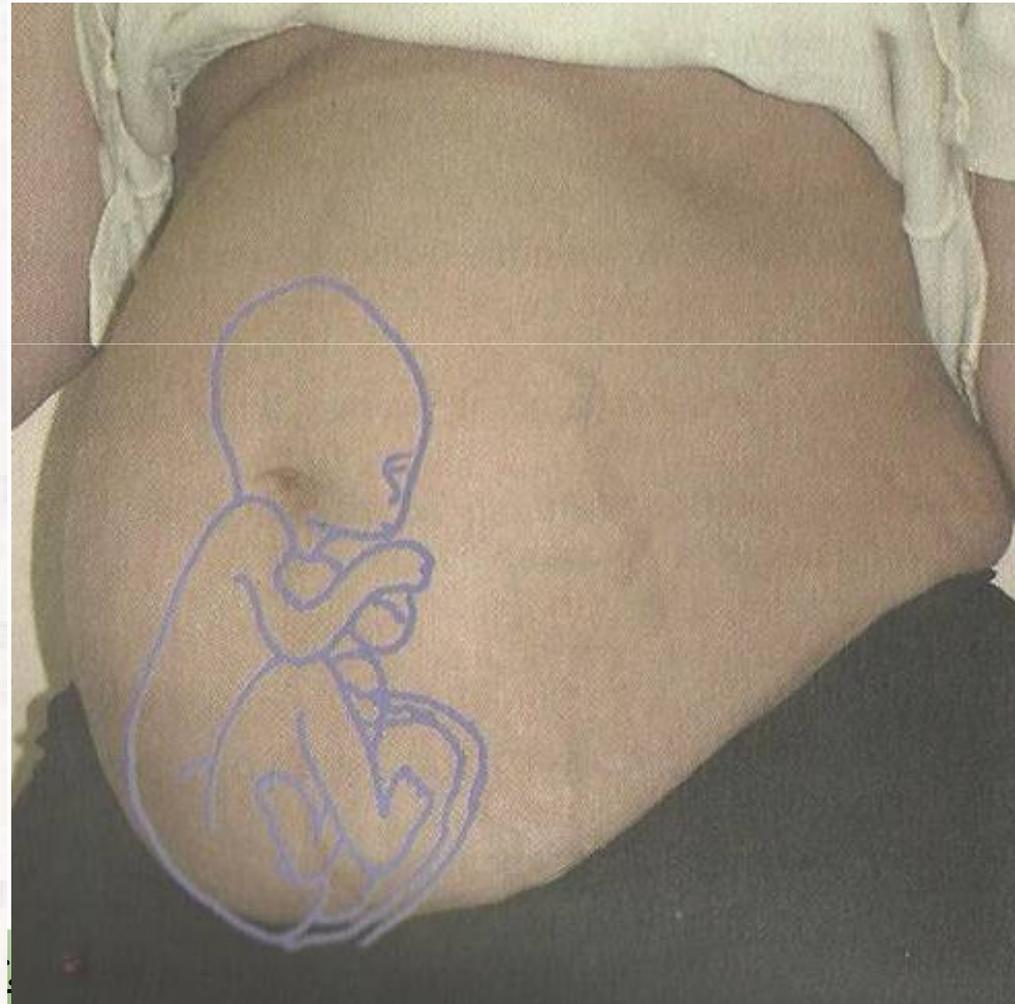
15/05/2013

Secretaria da Saúde

saense
saúde com saúde

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

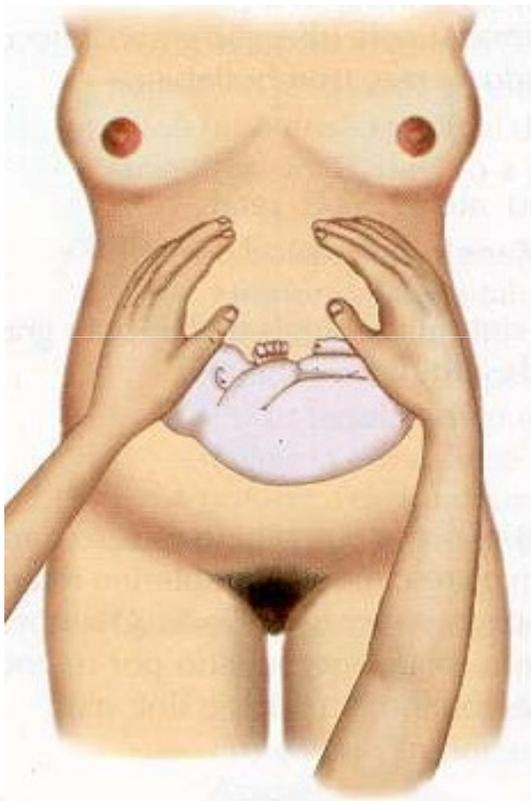
EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

CÓRMICA



PARANÁ

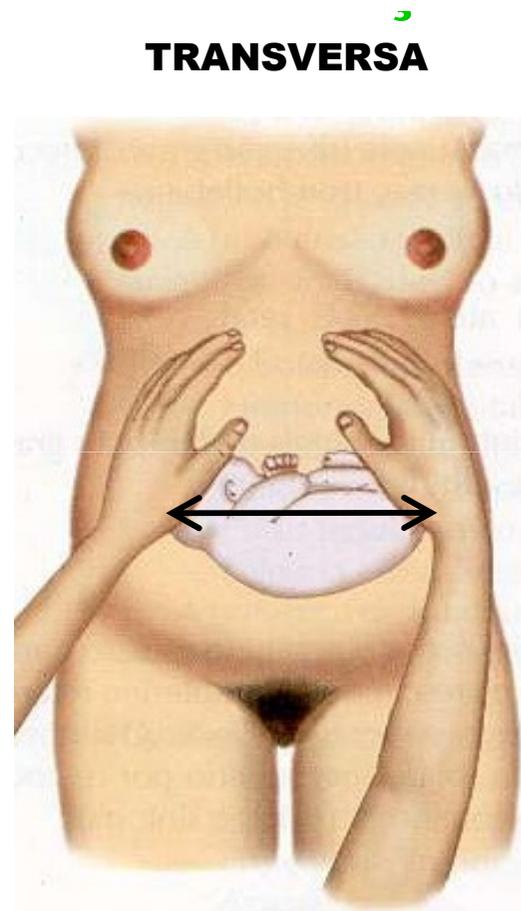
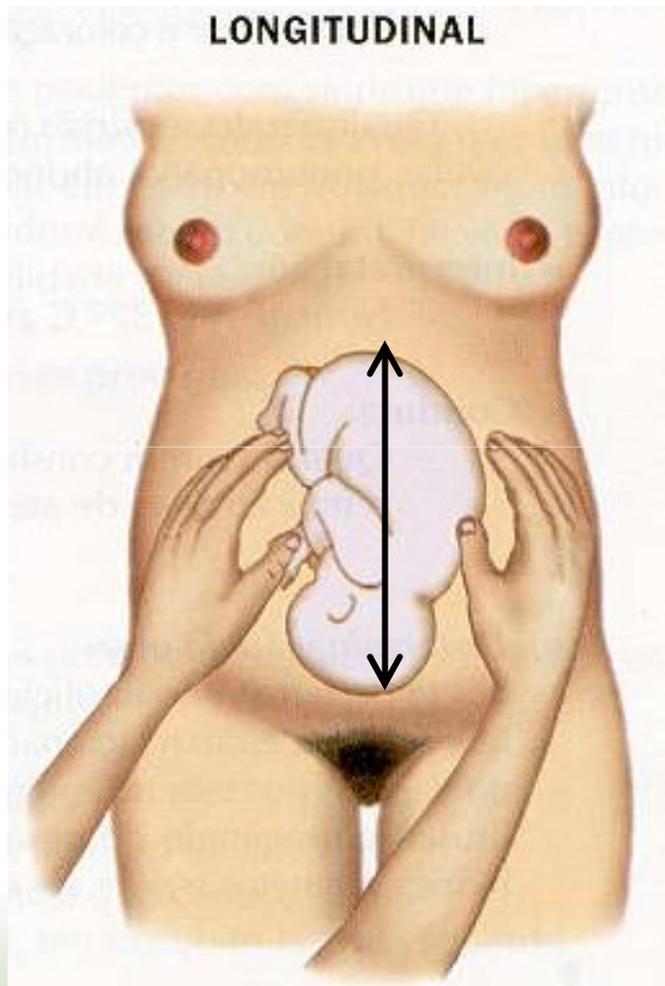
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

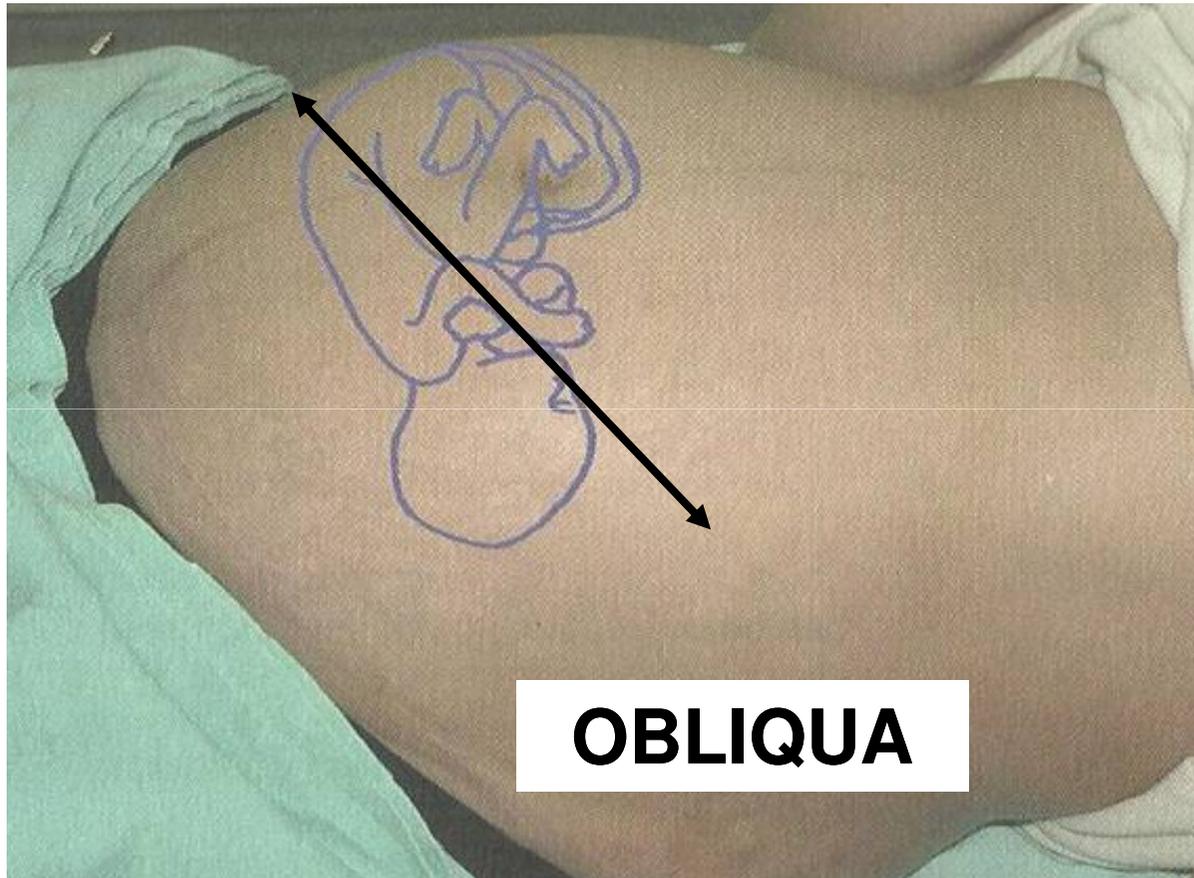
15/05/2013

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

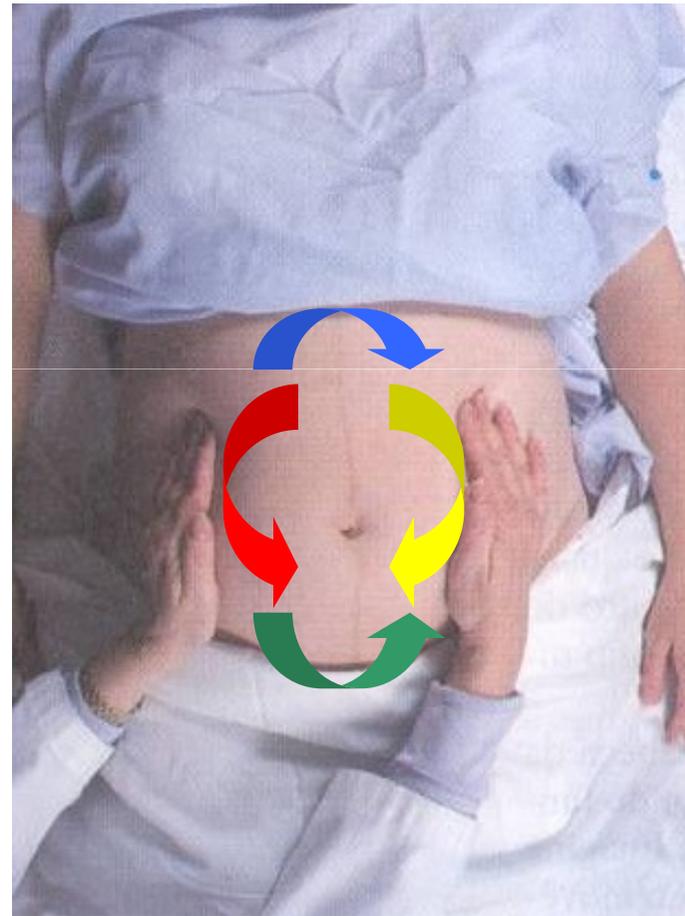


ESTÁTICA FETAL - Situação



ESTÁTICA FETAL - Dorso

- **Direita**
- **Esquerda**
- **Anterior**
- **Posterior**



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

15/05/2013

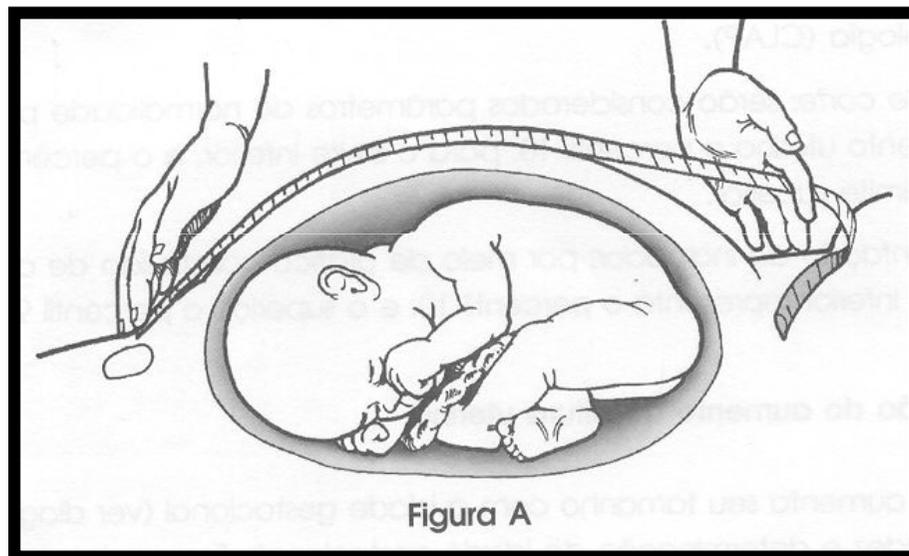
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

FUNDO UTERINO E MEDIDA DA ALTURA UTERINA - AU



APROX. 1 cm /SEMANA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde





PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde





PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



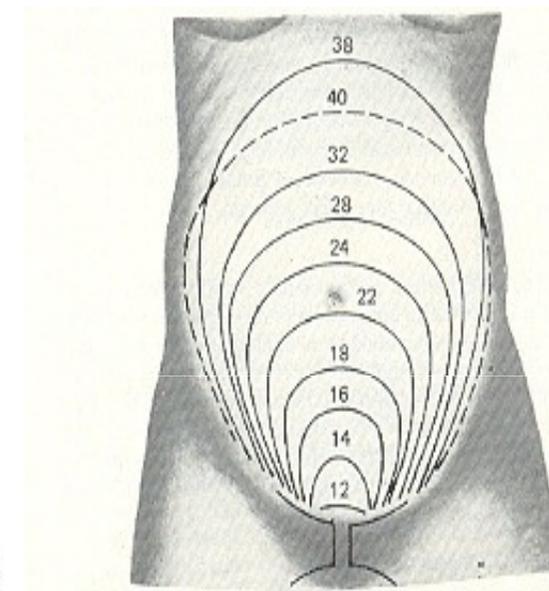
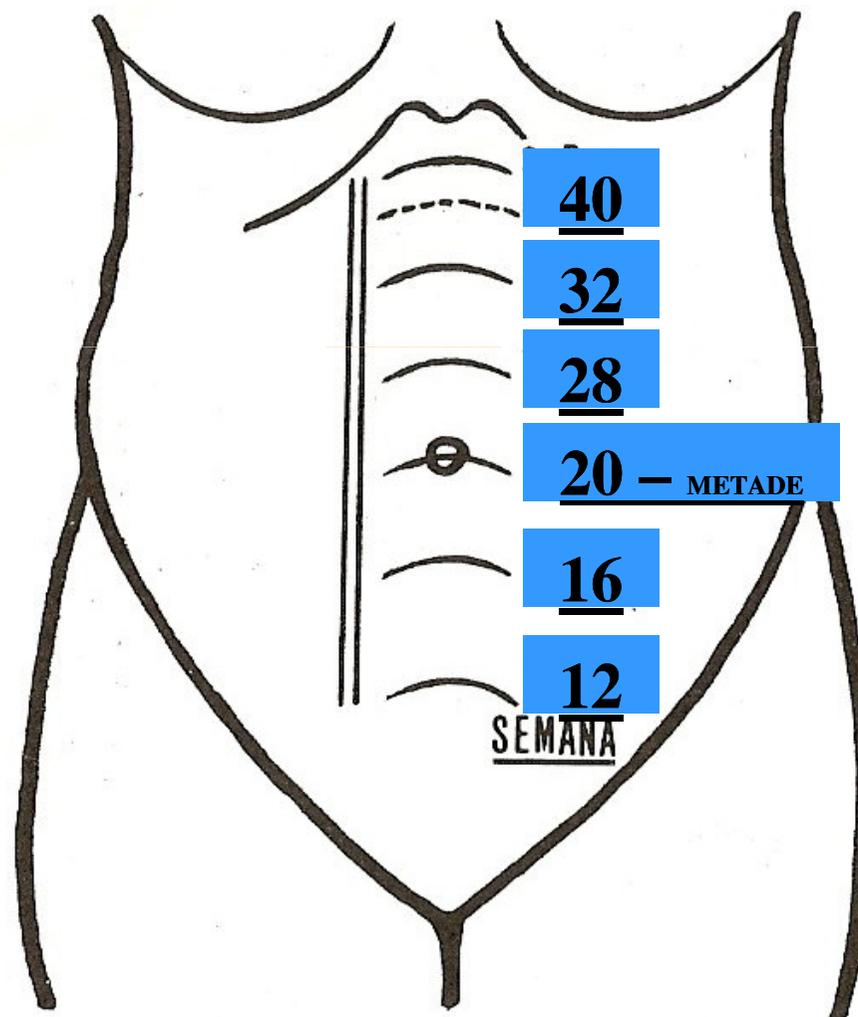


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO



PARANÁ

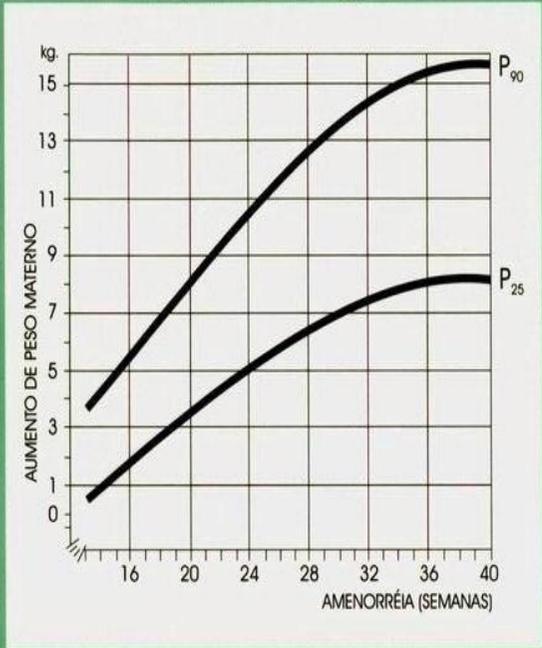
GOVERNO DO ESTADO

15/05/2013

Secretaria da Saúde



Curva de peso/idade gestacional



Curva altura uterina/idade gestacional

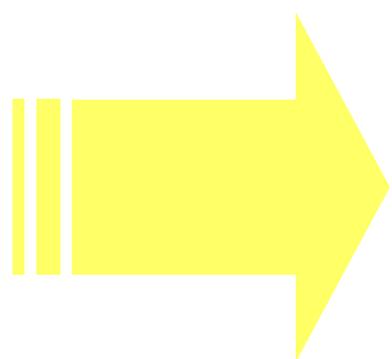
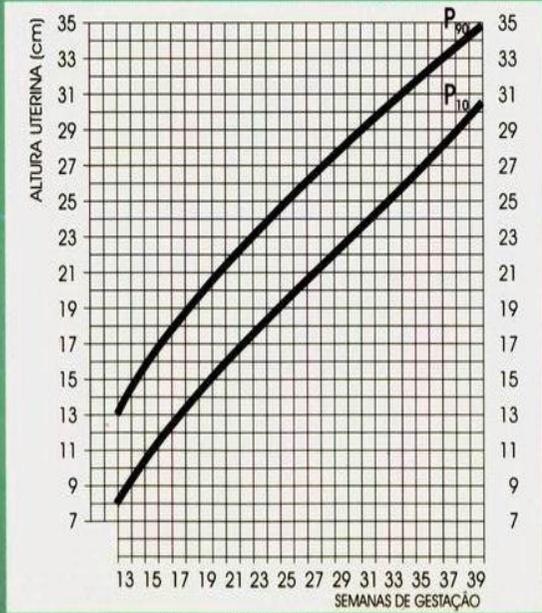


Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

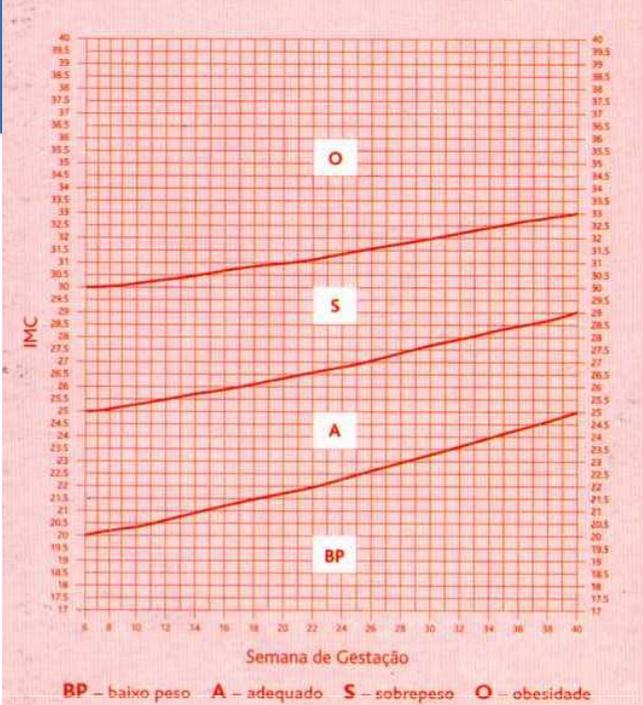
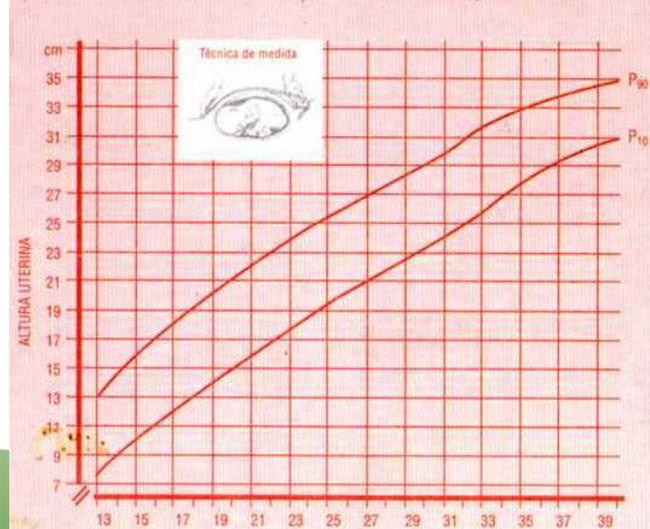


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

Ausculata Batimentos Cardíacos Fetais

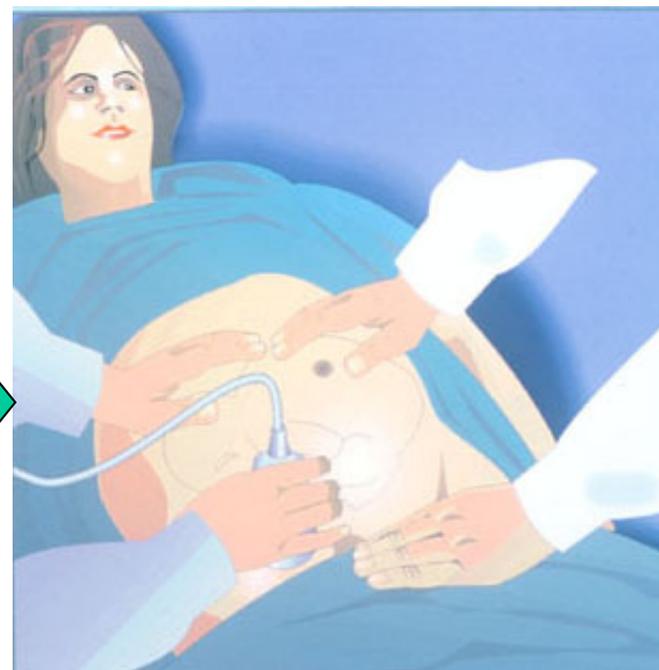
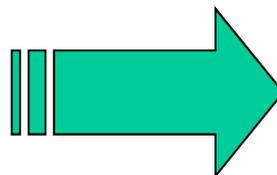
Objetivo:

- ❖ Constatar ritmo, frequência e normalidade dos BCF
- ❖ Normal: 120 a 160bpm.

CONSULTA ENFERMAGEM PRÉ-NATAL

EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO

AUSCULTA BCF



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



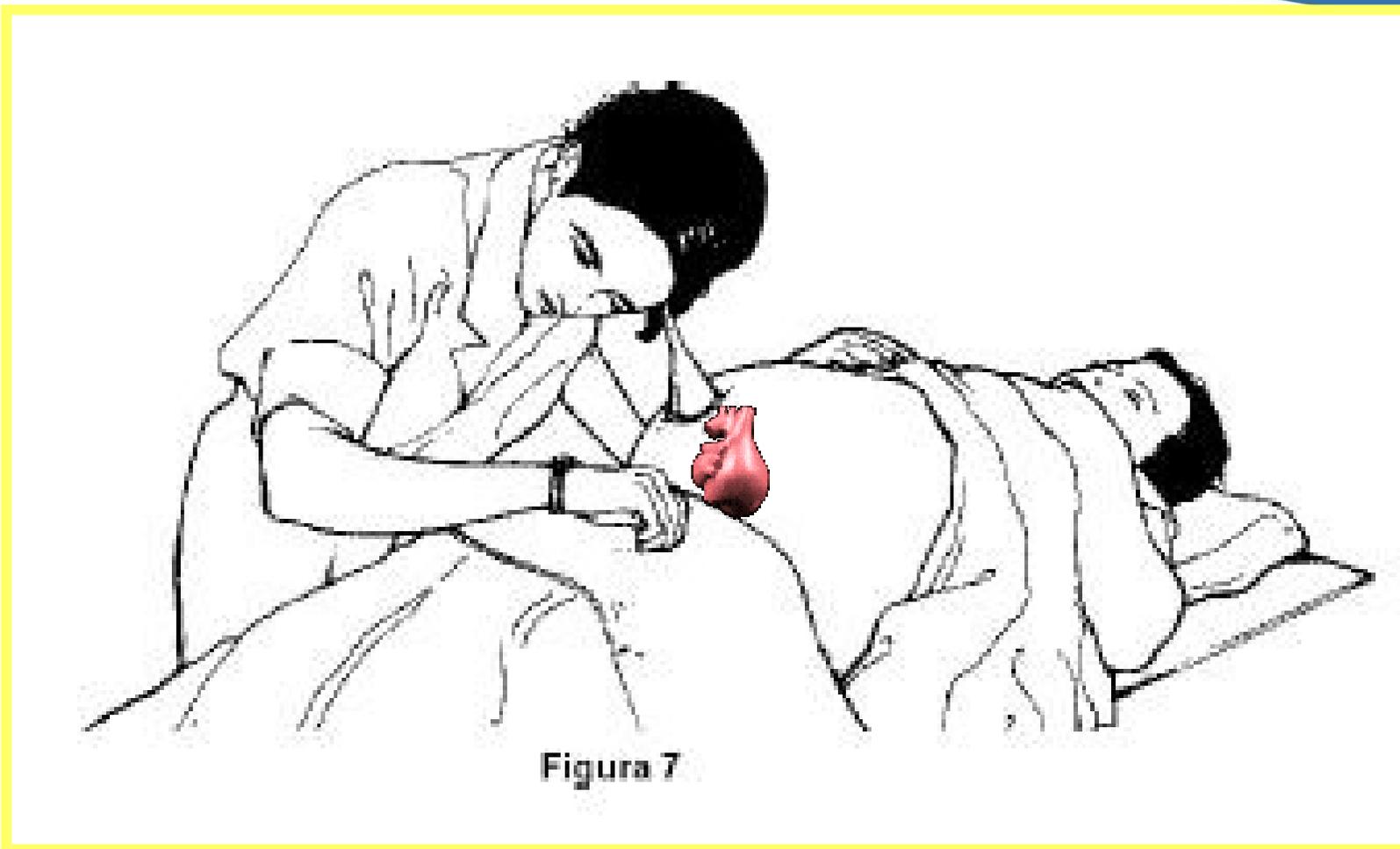


Figura 7



Ausculata Batimentos Cardíacos Fetais

Taquicardia

- ✓ Sinal de alerta
- ✓ Afastar: Febre
- ✓ Taquicardia materna
- ✓ Medicamentos
- ✓ Suspeita sofrimento fetal
- ✓ Persistência ⇒ Serviço alto risco



Ausculata Batimentos Cardíacos Fetais

Bradicardia

- ✓ Sinal de alerta
- ✓ Afastar: bradicardia materna
- ✓ medicações
- ✓ Suspeita sofrimento fetal
- ✓ Persistência ⇒ Serviço alto risco



Ausculta Batimentos Cardíacos Fetais

Aumento transitório FCF após:



Contração uterina

Movimentação fetal

Estímulo mecânico



Boa vitalidade

SAÚDE
DA
CRIANÇA
(**Puericultura**)



PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA

- 1. Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais:** interface necessárias políticas e iniciativas da comunidade;
- 2. Acesso Universal:** para todos receberem e serem recebidos pela UBS;
- 3. Acolhimento:** relação cidadã e humanizada;
- 4. Responsabilização:** definição da pop. Sob responsabilidade da equipe, estabelecimento de vínculo;
- 5. Assistência Integral:** abordagem global da criança – ações adequadas – respostas satisfatórias;



PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA

6. Assistência Resolutiva: articular para garantir atendimento à necessidade e a continuidade, NÃO FRAGMENTAR / PONTUAL;

7. Equidade: maior alocação de esforços e recursos onde for maior a necessidade;

8. Atuação em equipe: trabalho solidário, compartilhado produzindo resposta qualificada;

9. Ações coletivas com ênfase na promoção da saúde: ações educativas nas UBS, escolas, creches, etc – considerando o ambiente, os hábitos, a cultura, as determinações sociais.



PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA

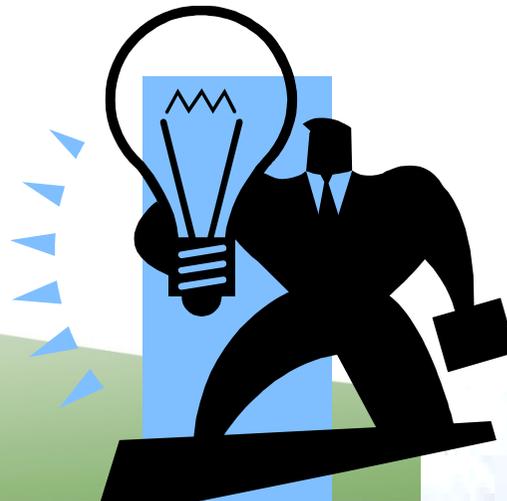
10. Participação da família: envolvimento sem restrições da família nas informações sobre a saúde e sobre a condução do cuidado À criança = controle social do cuidado local;

11. Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada: mediada por ‘SISTEMAS DE INFORMAÇÃO’ UTILIZADOS ADEQUADAMENTE – reuniões, diálogos, troca de saberes, informatização / registros sistemáticos:

(BRASIL, Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da MI, 2004)



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



QUAL?

POR QUE?

COMO?

SITUAÇÃO ATUAL?

MONITORAMENTO?

ENFERMEIROS: QUAIS SÃO SUAS METAS?

vídeo

<https://www.youtube.com/watch?v=vXCZ8271nuA&noredirect=1>



PROTEÇÃO AO RN: COMO?

❖ COM QUALIDADE NO PRÉ-NATAL:

- ❖ captura 'precoce' para a Rede;
- ❖ registros SIAB e SISPRENATAL WEB;
- ❖ Conhecimento da história materna: pregressa e atual – IDADE? abortos? partos prematuros? doenças?
- ❖ orientações oportunas; atividades educativas
- ❖ profissionais competentes e responsáveis;



PROTEÇÃO AO RN: COMO?

❖ COM QUALIDADE NO PRÉ-NATAL:

❖ Vacinas

❖ exames – infecções monitoradas;

❖ referência hospitalar de acordo com a Estratificação do Risco Gestacional;

❖ **BUSCA-ATIVA e visitas domiciliares:** melhoram vínculo, estimulam AM, reduzem riscos mãe e RN, acolhem a família...



PROTEÇÃO AO RN: COMO?

COM QUALIDADE NO PRÉ-NATAL:

❖ EVITA-SE

❖ ÓBITO INFANTIL consequente a causas relacionadas à mãe NO PERÍODO GESTACIONAL:

❖ Óbito Fetal; Aborto;

❖ INFECÇÕES – urinária, sífilis, toxoplasmose, HIV/AIDS; HIPERTENSÃO; PREMATURIDADE,

❖ VIOLÊNCIA, ACIDENTE, etc



PROTEÇÃO AO RN: COMO?

- **COM QUALIDADE NO PARTO:**
 - ❖ **referência correta** – conhecer a estratificação;
 - ❖ **atendimento médico oportuno e competente (PEDIATRA PRESENTE);**
 - ❖ **orientações pertinentes** – boas práticas;
 - ❖ **acesso** a exames, medicação, unidade intensiva;
 - ❖ **enfermagem preparada** – parto humanizado – com acompanhante, acompanhamento de evolução e da vitalidade fetal, contato pele a pele imediato, avaliação vitalidade e ação necessária; **SUGAR Sala de Parto.**



PROTEÇÃO AO RN: COMO?

- ❖ **COM QUALIDADE NO PARTO:**
- ❖ **EVITA-SE**
- ❖ **ÓBITO INFANTIL** consequente a causas relacionadas **AO PARTO:**
 - ❖ **ASFIXIA NEONATAL,**
 - ❖ **TOCOTRAUMA,**
 - ❖ **POSDATISMO, IATROGENIAS,**
 - ❖ **ACESSO UTI, etc**



PROTEÇÃO AO RN: COMO?

- **COM QUALIDADE NO PUERPÉRIO:**
 - ❖ RN junto da mãe = **ALOJAMENTO CONJUNTO;**
 - ❖ **ESTÍMULO AO AM;**
 - ❖ educação em saúde: como cuidar?
 - ❖ profissionais responsáveis;
 - ❖ monitoramento ao risco: hipotermia, distress resp.
 - ❖ **Vacina (Hepatite B; BCG ID?); Vitamina K₁**
 - ❖ **TRIAGEM NEONATAL: Pezinho, Orelhinha, Coraçãozinho,**

❖ **COM QUALIDADE NO PUERPÉRIO:**

- ❖ **Temperatura corporal** = balanço entre produção e eliminação de calor;= **HOMÉOTERMIA**;
- ❖ **RN** (especialmente prematuros) – pode ocorrer desequilíbrio desse mecanismo devido aumento da perda e diminuição da produção = **estresse do frio** (acidose e insuficiência respiratória) **com necessidade de suporte térmico ambiental**;



❖ COM QUALIDADE NO PUERPÉRIO:

- ❖ A hipotermia no RN prematuro é frequente e motivo de grande preocupação, é fator de risco para pior prognóstico, aumentando a morbidade e a mortalidade neonatais.
- ❖ T normal = 36,5 a 37°C (OMS)
- ❖ Potencial estresse do frio (hipotermia leve): 36,0 e 36,4°C.
- ❖ Hipotermia moderada: 32,0 e 35,9°C.
- ❖ Hipotermia grave: menor que 32,0°C

(Brasil. MS. Atenção à saúde do RN: guia para profissionais de saúde. V. 4, 2011)



❖ **COM QUALIDADE NO PUERPÉRIO:
EVITA-SE**

❖ **ÓBITO INFANTIL** consequente ao descuido no monitoramento do RN e de sua vitalidade no AC

❖ **MORTE SÚBITA,**

❖ **ASFIXIA, SUFOCAÇÃO**

❖ **BRONCOASPIRAÇÃO, HEMORRAGIA,**

❖ **QUEDA, HIPOTERMIA, HIPOGLICEMIA**

etc

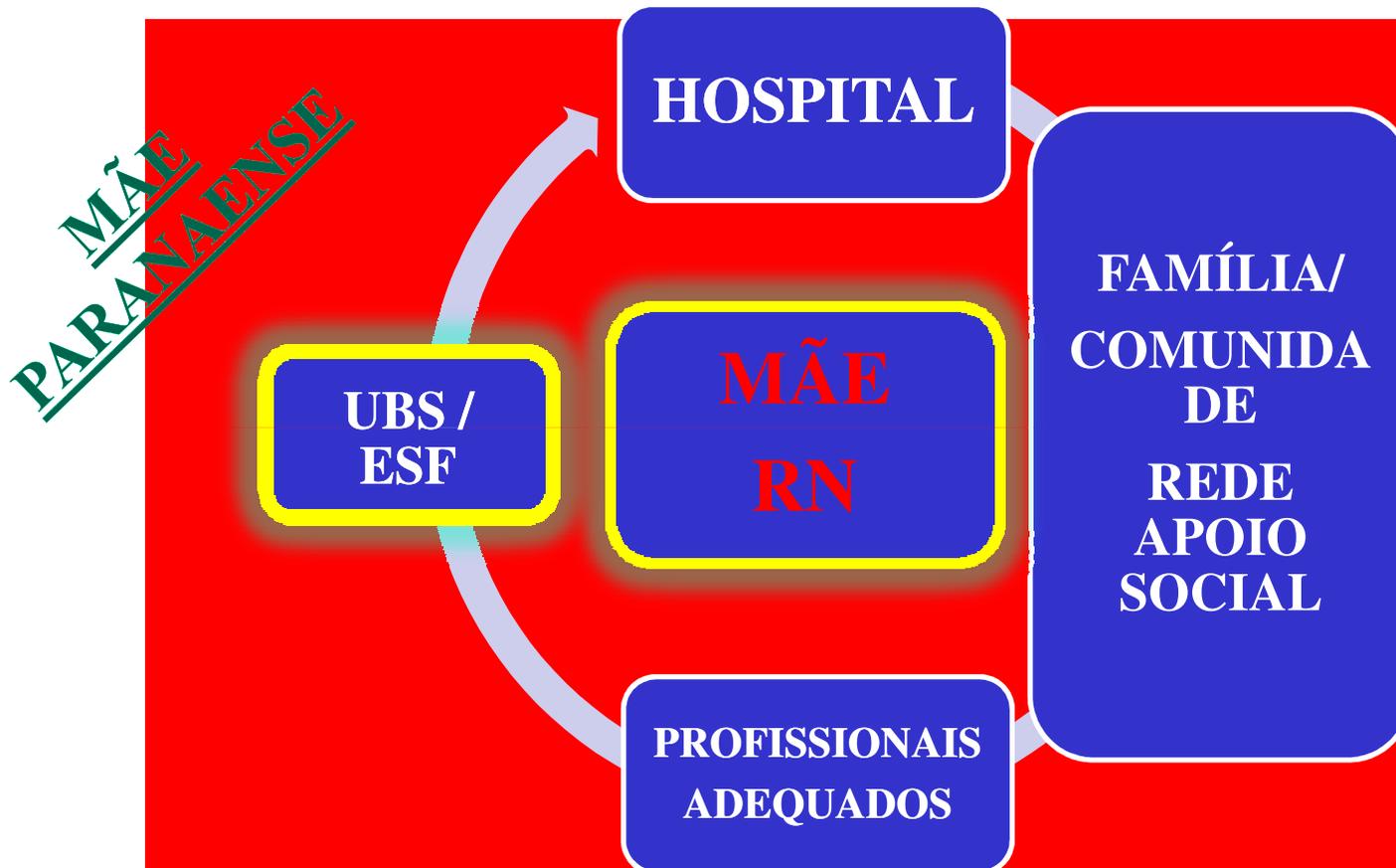


❖ **COM QUALIDADE NO ACOMPANHAMENTO DE SEU CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

- ❖ **Profissionais ABS situação privilegiada** – acompanham a família, reconhecem situações de risco, encaminham para resolução, monitoram.
- ❖ **1ª consulta oportuna = 1ª semana de vida = de saúde integral da criança e da família (MS, 2004) – Linha Guia = até o 5º dia;**
 - ❖ **Estabelecimento da Puericultura.**



PROTEÇÃO AO RN: COMO?



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



33

Brasília - DF
2012

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 33 - SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cader
nos_ab/caderno_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cader
nos_ab/caderno_33.pdf)

PRIMEIRA CONSULTA

- ❖ Retomar a atenção e o cuidado da família / RN;
- ❖ Até este dia a UBS informada pela DNV e pela Estratificação de Risco da Criança;
- ❖ Auxiliar família dificuldades;
- ❖ Carteira da criança: registros parto, vitalidade, vacinas, triagem neonatal
- ❖ **VD ou demanda espontânea – VINCULAÇÃO**
- ❖ ao acompanhamento do CD,



PRIMEIRA CONSULTA

- ❖ ATUALIZAR FICHA A SIAB;
- ❖ OBSERVAR ESTADO GERAL DA MÃE: história parto e puerpério –
- ❖ OUVIR, RESPEITAR, VALORIZAR...
- ❖ ORIENTAR CUIDADOS COM HIGIENE, COTO UMBILICAL E ALEITAMENTO MATERNO;
- ❖ ORIENTAR SOBRE CONSULTA PUERPERAL E DE ACOMPANHAMENTO DO RN ATÉ O 10º DIA;
- ❖ CARTEIRA DA CRIANÇA (APGAR)



BOLETIM DE APGAR: quantifica a vitalidade do RN

| Sinal | 0 | 1 | 2 |
|------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FREQÜÊNCIA CARDÍACA | Não identificável | Menos que 100 | Acima de 100 |
| ESFORÇO RESPIRATÓRIO | Ausente | Lento, irregular | Bom, chorando |
| TÔNUS MUSCULAR | Flácido | Alguma flexão das extremidades | Movimento ativo |
| IRRITABILIDADE REFLEXA | Nenhuma resposta | Careta | Choro, tosse ou espirro. |
| COR | Azul-pálido | Corpo rosado, extremidades azuladas | Completamente rosado |

(Virgínia Apgar, 1953, anestesista obstétrica)

VERIFICAR 1º MIN: condição ao nascer;

de 0 a 3 – BAIXA – depressão respiratória; tem bradicardia = asfixia fetal

de 4 a 7 – MODERADAMENTE asfixiado

VERIFICAR 5º MIN: gravidade da depressão inicial e resultados das manobras.



IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data do nascimento: _____ / _____ / _____ Município de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Estratificação de risco:

() habitual

() intermediário

() alto risco

PROTEÇÃO AO RN E CRIANÇA: COMO? ESTRATIFICANDO O RISCO

ESTRATIFICAR O RISCO DAS CRIANÇAS PARA GARANTIR O CUIDADO MAIS INTENSIVO ÀS CRIANÇAS DE RISCO, QUE TÊM MAIOR PROBABILIDADE DE ADOECER E MORRER.

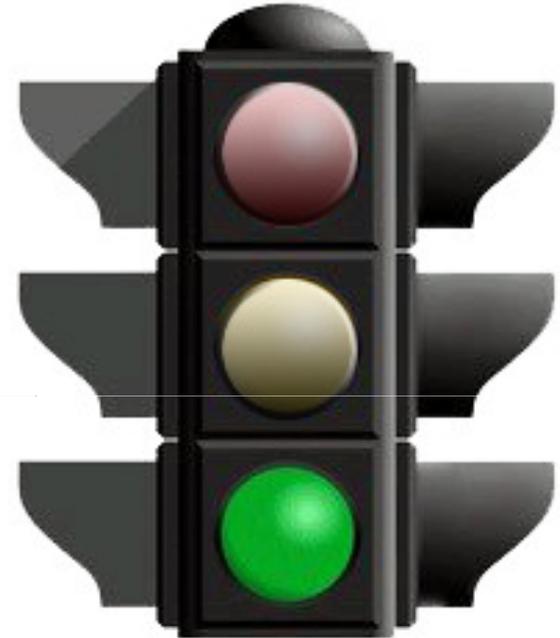


PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



RISCO HABITUAL

**TODAS AS CRIANÇAS QUE NÃO
APRESENTAM CONDIÇÕES OU
PATOLOGIAS QUE EVIDENCIAM
ALGUM RISCO.**



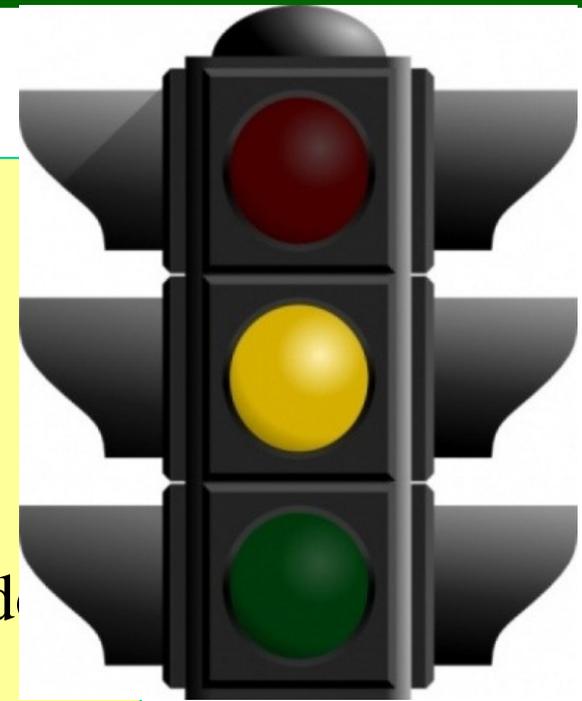
PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



RISCO INTERMEDIÁRIO

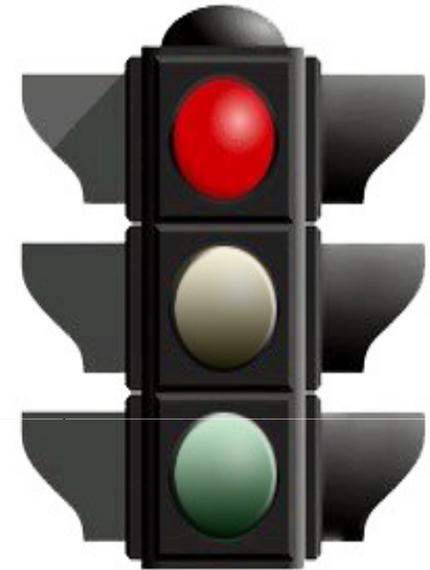
FILHOS DE MÃES:

- da raça negra e indígena;
- com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
- com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente;
- com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- que morreram no parto/puerpério.



ALTO RISCO

- Prematuridade;
- Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida)
- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.



DADOS DO NASCIMENTO

Nascida às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

Maternidade: _____

Município da maternidade: _____

Idade gestacional ao nascimento: _____ semanas

Tipo de parto: vaginal () cesáreo ()

Sexo: masculino () feminino ()

Peso: _____ g () AIG () PIG () GIG

Comprimento: _____ cm

Perímetro cefálico: _____ cm

Apgar:

1ºmin: _____ 5ºmin: _____ 10ºmin: _____

Tipagem sanguínea RN: _____ Mãe: _____

Data da alta: _____ / _____ / _____

Peso na alta: _____ g

Se prematuro (IG < 37 semanas):

Comprimento na alta: _____ cm

Perímetro cefálico na alta: _____ cm

Leite materno:

() sim

() não

() pega adequada

PRIMEIRA CONSULTA

- ❖ **Verificar o estado geral da criança:** sinais e sintomas de perigo, de anormalidade.
- ❖ gemido, vômito, desidratação, letargia, convulsão, dor à manipulação, reflexos ausentes;
- ❖ SSVV: febre ($> 37,5^{\circ}$) ou hipotermia ($< 35,5^{\circ}$); respiração - padrão e frequência (> 60 mpm);
- ❖ Secreções em ouvido , nariz e umbigo
- ❖ **Icterícia:** fisiológica (após 24h), **BT >15 mg/dl**
- ❖ patológica (1^as 24h – grave – kernicterus)
 - ❖ (PARANÁ/SESA, Linha Guia, 2013)



PUERICULTURA: Conjunto de cuidados de avaliação integral à saúde da criança com supervisão de rotina de saúde infantil até o primeiro ano de vida.



- ❖ *Acompanhamento e avaliação do desenvolvimento físico e mental da criança,*
- ❖ *Crescimento e desenvolvimento pondero estatural,*
- ❖ *Aleitamento materno*
- ❖ *Alimentação e nutrição,*
- ❖ *Vacinação, entre outros.*



LINHA GUIA:

O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança:

- **8 consultas** no 1º ano de vida:
 - Mensal até 6º mês;
 - Trimestral do 6º ao 12º mês;
- **2 consultas** no 2º ano de vida (semestral de 12 até 24 meses).
- **1 consulta** a partir do 3º ano de vida.
- **1 consulta odontológica para o bebê** antes da primeira dentição,
- **SEMPRE registrar o atendimento da criança carteira cça e pront.**



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

(PARANÁ/SESA, Linha Guia, 2013)



*Acompanhamento e avaliação do
desenvolvimento físico e mental da
criança*

Monitorização do **crescimento** (aumento da massa corporal)

e

desenvolvimento (habilidades mais complexas)

é considerada a

**AÇÃO EIXO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
CRIANÇA.**



Características antropométricas RN



- ❑ PESO: peso nascer entre 2,5 kg e 4 kg;
- ❑ ESTATURA: entre 47 e 54 cm

Por que o peso é tão importante?

❖ pode ser um indicativo de algum *problema de saúde* desde gestação ou após nascimento: no AM, cuidados, vínculo, etc.

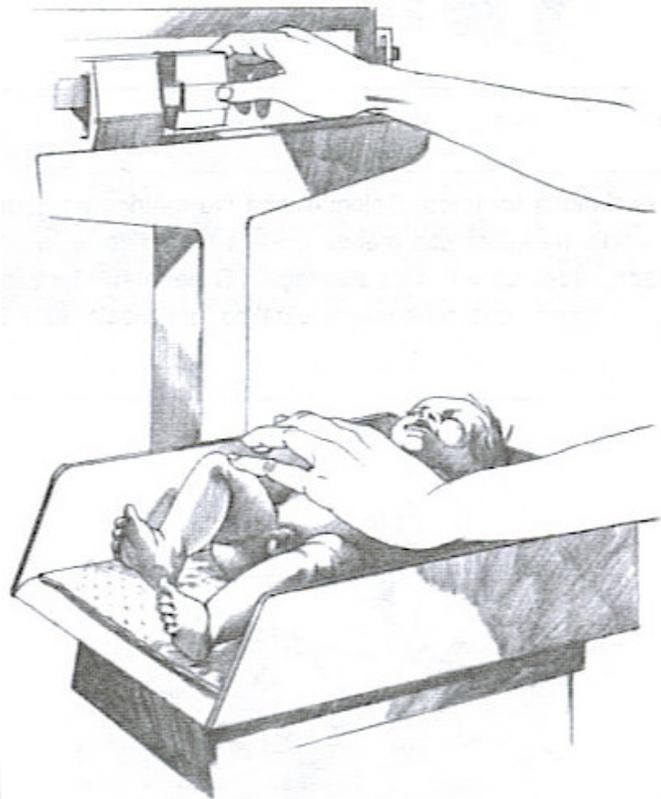
❖ o peso e a altura *marcam o início do crescimento do bebê*, sua evolução e potencialidade.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Características antropométricas RN



→ PARÂMETROS PONDERAIS = RISCO

- NORMAL: 2.500 a 4.000g
- BAIXO PESO (BP): < 2.500g
- MUITO BAIXO PESO (MBP): < 1.500g
- EXTREMO BAIXO PESO (EBP): < 1.000g



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Características antropométricas RN

→ CLASSIFICAÇÃO DO RN = RISCO

A) Baseada na Idade Gestacional:

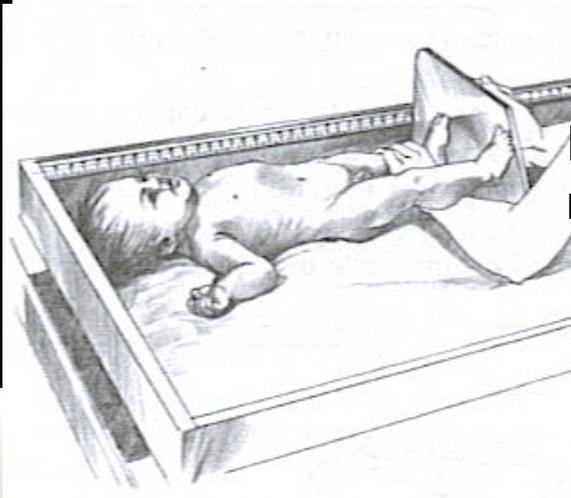
- RNT: 37- 42 semanas;
- RNPT: < 37 semanas;
- RNPoT: > 42 semanas.

B) Baseada no Peso em Relação à Idade Gestacional:

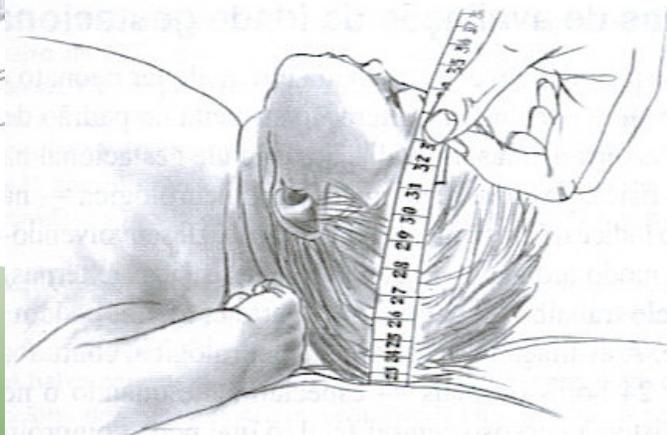
- AIG: peso entre o percentil 10 e 90;
- PIG: peso abaixo do percentil 10;
- GIG: peso acima do percentil.

Características antropométricas RN

- ➔ medida do **perímetro cefálico** = 33 - 36cm (2-3 cm maior que o torácico)
- ➔ medida do **perímetro torácico** = 30 - 33cm.
- ➔ medida da **estatura ou comprimento**: 45 – 53 cm.
- ➔ medida do **perímetro abdominal** = variável (=/- o PC)



Pediômetro ou régua

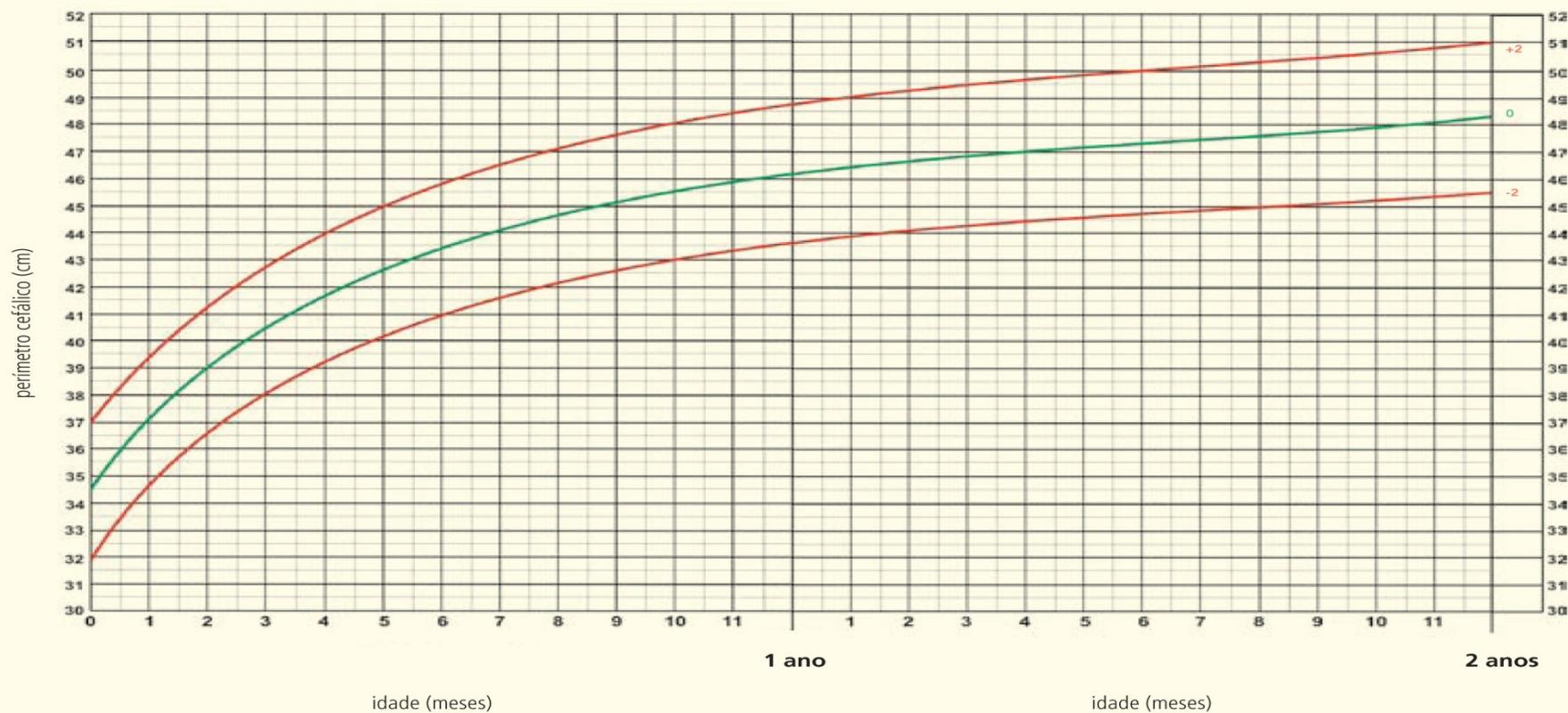


PARANA

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

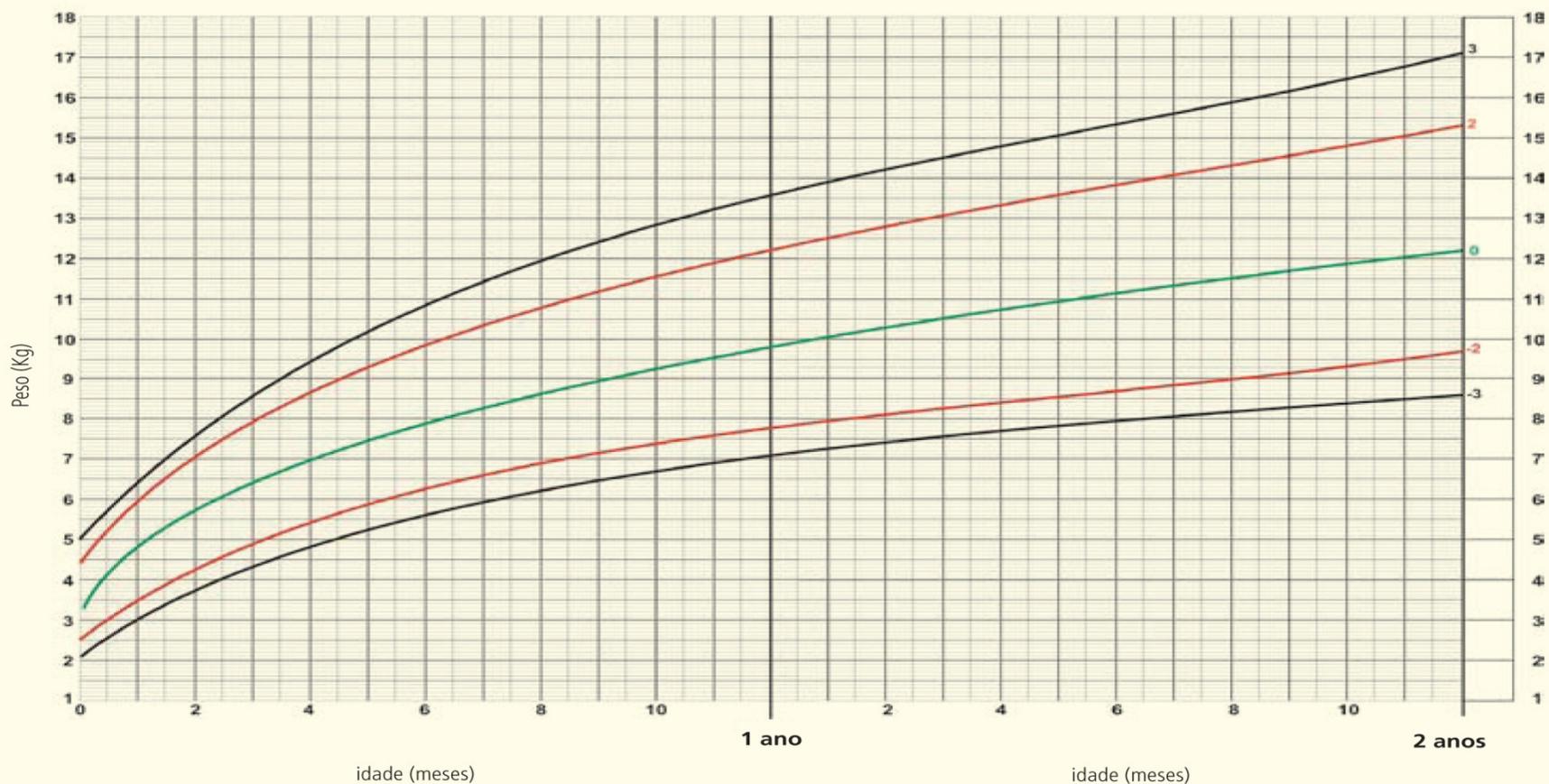
PERÍMETRO CEFÁLICO X IDADE 0 A 2 ANOS



> +2 escores z: PC acima do esperado para a idade.
 ≤ +2 escores z e ≥ -2 escores: PC adequado para a idade.
 < -2 escores z: PC abaixo do esperado para a idade.

Referência OMS 2006

PESO X IDADE - 0 A 2 ANOS



- > +2 escores z: Peso elevado para a idade
- ≥ -2 e $\leq +2$ escores z: Peso adequado para a idade.
- ≥ -3 e < -2 escores z: Peso baixo para a idade.
- < -3 escores z: Peso muito baixo para a idade.

Características antropométricas RN

- ❖ Perda de peso- *avaliar aleitamento*
- ❖ Nos primeiros dias de vida, o bebê *perde peso e isso é normal* (até 10% do PN) = perda de líquido e do mecônio, adaptação ao novo ambiente e maturação fisiológica)
- ❖ **ATENÇÃO:** Deve *recuperar seu peso ao nascer no máximo até o 15º dia de vida.*



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Características neurológicas RN

- ❖ **Mielinização dos neurônios – *avaliar os reflexos neuro-motores, fisiológicos, primitivos.***



vídeo

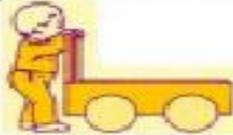
<http://www.youtube.com/watch?v=bamhj-TMkQs>



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



TABELA 1: PADRÕES NORMAIS: DESENVOLVIMENTO MOTOR

| IDADE PROVÁVEL | CONDUTAS OBSERVÁVEIS | |
|------------------------------|---|---|
| 2-3 meses | Em decúbito ventral levanta a cabeça do plano da mesa. Gira a cabeça em direção ao objeto. |  |
| 3-4 meses | Sustentação cefálica completa | |
| 6-7 meses | Mantém-se sentado com apoio |  |
| 9-10 meses | Engatinha | |
| 10-11 meses | Fica de pé com apoio |  |
| 11-13 meses | Fica de pé sem apoio. Dá primeiros passos com ou sem apoio. |  |
| 18 meses | Sobe escada engatinhando. Anda com segurança; chuta uma bola. | |
| 24 meses | Corre. Sobe e desce escada com apoio. | |
| 3 anos | Sobe e desce escada sem apoio. Pula sobre uma corda com os dois pés. |  |
| 4 anos | Dá vários saltos no mesmo lugar. Desce e sobe escada com mais segurança. | |
| 5 anos | Salta obstáculos. Joga Amarelinha. Equilíbrio na ponta dos pés. |  |
| <i>Desvios - Área Motora</i> | Transtornos na coordenação; hiperatividade; dificuldades na aprendizagem; paresias; paralisias ou plegias; hipotonias; hipertônias. | |

Fonte: Rosa Neto (1996)

CALENÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2012/2013

| VACINAS | DO NASCIMENTO AOS DOIS ANOS DE IDADE | | | | | | | | | | | | | DOS DOIS AOS DEZ ANOS | | | | | DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS | | |
|---|--------------------------------------|------------------------|--|------------|------------------------|-------------|---|------------|------------|------------|----------|----------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|-----|
| | Ao nascer | Um mês | Dois meses | Três meses | Quatro meses | Cinco meses | Seis meses | Sete meses | Oito meses | Nove meses | 12 meses | 15 meses | 18 meses | 2-3 anos | 4 anos | 5 anos | 6 anos | 9 a 10 anos | postos públicos de vacinação | clínicas privadas de imunização | |
| BCG ID | Dose única | | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | SIM | |
| Hepatite B ⁽¹⁾ | 1ª dose | 2ª dose ⁽²⁾ | | | | | 3ª dose ⁽³⁾ | | | | | | | | | | | | SIM | SIM | |
| Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa) ⁽²⁾ | | | 1ª dose ⁽³⁾ | | 2ª dose ⁽³⁾ | | 3ª dose ⁽³⁾ | | | | | | REFORÇO ⁽³⁾ | | | REFORÇO ⁽³⁾ | | DTPw | DTPa | | |
| Hemófilos tipo b ⁽²⁾ | | | 1ª dose ⁽³⁾ | | 2ª dose ⁽³⁾ | | 3ª dose ⁽³⁾ | | | | | | REFORÇO ⁽³⁾ | | | | | SIM, para as três primeiras doses | SIM | | |
| Poliomielite (vírus inativados) ⁽⁴⁾ | | | 1ª dose ⁽³⁾ | | 2ª dose ⁽³⁾ | | 3ª dose ⁽³⁾ | | | | | | REFORÇO ⁽³⁾ | | REFORÇO ⁽³⁾ | | | SIM, para as duas primeiras doses* | SIM | | |
| Rotavírus ⁽⁵⁾ | | | Duas ou três doses, de acordo com o fabricante | | | | | | | | | | | | | | | SIM, vacina monovalente | SIM, vacina monovalente e pentavalente | | |
| Pneumocócica conjugada ⁽⁶⁾ | | | 1ª dose | | 2ª dose | | 3ª dose | | | | | REFORÇO | | | | | | SIM VPC 10V | SIM VPC 10V e 13V | | |
| Meningocócica C conjugada ⁽⁷⁾ | | | | 1ª dose | | 2ª dose | | | | | | | REFORÇO | | | | REFORÇO | SIM, até dois anos | SIM | | |
| Influenza (gripe) ⁽⁸⁾ | | | | | | | Duas doses na primovacinação antes dos nove anos de idade. Dose anual de reforço. | | | | | | | | | | SIM, até dois anos | SIM | | | |
| Poliomielite oral (vírus vivos atenuados) ⁽²⁾ | | | | | | | DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO | | | | | | | | | | SIM | NÃO | | | |
| Febre amarela ⁽⁹⁾ | | | | | | | | | | 1ª dose | | | | | | | | | REFORÇO | SIM | SIM |
| Hepatite A | | | | | | | | | | | | 1ª dose | | 2ª dose | | | | | NÃO | SIM | |
| Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) ⁽¹⁰⁾ | | | | | | | | | | | | | 1ª dose ⁽³⁾ | | | 2ª dose ⁽³⁾ | | | SIM | SIM | |
| Varicela (catapora) ⁽¹¹⁾ | | | | | | | | | | | | | 1ª dose ⁽³⁾ | | | 2ª dose ⁽³⁾ | | | NÃO | SIM | |
| HPV ⁽¹²⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | Três doses | NÃO | SIM | |

C = vacina combinada disponível.

* Previsão de estar disponível no segundo semestre de 2012.

Se por qualquer impossibilidade, a criança não receber as vacinas nas idades aqui preconizadas, deve iniciar, ou atualizar, o esquema de doses tão logo possível.

CRIANÇA

PUERICULTURA:

- ❖ **estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;**
- ❖ **orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;**
- ❖ **verificar o calendário vacinal;**
- ❖ **acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;**
- ❖ **aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para avaliar o crescimento global da criança.**



PUERICULTURA:

- ✓ analisar o crescimento global da criança;
- ✓ avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- ✓ orientar sobre a prevenção de acidentes;
- ✓ tratar as intercorrências patológicas;
- ✓ identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades.



O acompanhamento dos Recém Nascidos é parte fundamental e prioritária do seu trabalho!

- ❖ **Você vai Acompanhar... Registrar visitas sempre!**
- ❖ **Vigiar semanalmente as intercorrências com ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção à saúde.**
- ❖ **LEMBRE-SE -**

Não nasce RISCO mas pode se tornar Risco!

❖ Vigiar TODOS!!!!SEMPRE!!!!



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



O acompanhamento dos Recém Nascidos é parte fundamental e prioritária do seu trabalho!

Ações de prevenção das doenças e promoção à saúde da criança

- ❖ Incentivo ao cumprimento do calendário vacinal,
- ❖ Busca ativa dos faltosos às vacinas
- ❖ Consultas,
- ❖ Prevenção de acidentes na infância,
- ❖ Incentivo ao aleitamento materno,
- ❖ Estratégia mais eficaz na redução da morbimortalidade infantil, causa impacto na saúde integral da criança.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



O acompanhamento dos Recém Nascidos é parte fundamental e prioritária do seu trabalho!

Captação precoce da Mãe e do Bebê

- ❖ **Inscrição no Programa de Puericultura**
- ❖ **Agendar consulta até 6º dia “Consulta do umbigo”**
- ❖ **Avaliação da puérpera**
- ❖ **Promover grupos e rodas de conversa – atividades educativas**

META: TODOS OS RN DA ÁREA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Por que nascem bebês prematuros? Vigiar na alta!





Muito obrigada!

Enf^ª Me Adriana Cristina Franco

Enf^ª Me Alessandra Reis

Enf^ª Me Eliana Portella Carzino

Enf^ª Me Júnia Fujita

Enf^ª Dr^a Márcia Freire

Enf^ª Me Maria Aparecida Araldi