FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DE DESNUTRIÇÃO GRAVE EM GESTANTE

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Dados Gerais

1-Número da Notificação	2 – Agravo/doença **DESNUTRIÇÃO GRAVE – E 43**	3- Data da Notificação / /
4- Município de Notificação		Código (IBGE) |_|_|_|_|_|_|_|_|
5- Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código |_|_|_|_|_|_|_|	6- Data do diagnóstico / /

Notificação Individual

7- Nome do Paciente		8- Data de Nascimento / /
9- Idade (anos) |__| |__|	10- Sexo |__| M – Masculino F–Feminino I - Ignorado	11 - Gestante |__| 1 – 1º Trimestre 2 – 2º Trimestre 3 – 3º Trimestre 4 – Idade Gestacional Ignorada

12 - Raça/Cor |__| 1-Branca 4-Parda 2-Preta 5-Indígena 3-Amarela 9-Ignorado	13 – Escolaridade 0 – Analfabeto 1 – 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental 2 – 4ª série completa do EF 3 – 5ª a 8ª série incompleta do EF 4 – EF completo 5 – Ensino médio incompleto 6 - Ensino médio completo 7 – Educação Superior incompleta 8 - Educação Superior completa 9 – Ignorada 10 – Não se aplica

Dados da Residência

14 – Município de Residência	Código |_|_|_|_|_|_|_|	15 - UF |_|_|
16- Bairro	17- Logradouro (rua, avenida,...)	
18 - Número	19 – Complemento (apto, casa, ...)	20 – Ponto de Referência
21 - Telefone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	22- Zona |__| 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 - Ignorado	

Antecedentes Epidemiológicos

23 – Data da Investigação / /	24 – Nº do Prontuário |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	25 – Tipo de Entrada |__| 1 – Caso Novo 3 – Reingresso após abandono 2 – Recidiva
26 – Idade Gestacional |__|__|s |__|d 99 - Ignorado	27 – Tipo de gravidez |__| 1 – Única 2 - Dupla 3 - Tripla ou mais 9 - Ignorado	28 – Aceitação da gravidez |__| 1 - Sim 2 – Não 9 – Ignorado 10 – Não se aplica

29- História de desnutrição na família |__| Filho menor de 10 anos 1–Sim 2–Não 9–Ignorado 10–Não se aplica	30- História de óbito fetal e/ou de filho até 10 anos |__| 1 - Sim 2 – Não 9 – Ignorado 10 – Não se aplica	31 - Causa básica do óbito |__|1 – Diarreia/Desidratação 5 – Insuficiência cardíaca 2 – Infecção Respiratória Aguda 6 –Outros(especificar) 3 – Septicemia 4 – Anemia 9 – Ignorado 10 – Não se aplica
32 - Hospitalização nos últimos 6 meses (não considerar a internação atual) |__| 1 - Sim 2 – Não 3 - Ignorado	33- Motivo da última internação |__|1 – Infecção do Trato urinário 5 - Hipertensão 2 – Infecção Respiratória Aguda 6 - Outros(especificar) _____ 3 – Septicemia 9 - Ignorado 4 - Anemia	
34- Número de atendimentos em Serviço de Urgência e Emergência nos últimos 6 meses (não considerar o atendimento atual) |__|__| atendimentos	35- Gestante assistida em 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado |__| Vigilância do crescimento |__| Pré-natal de baixo risco |__| Imunização |__| Pré-natal de médio risco |__| Suplementação alimentar |__| Pré-natal de alto risco |__| Suplementação de micronutrientes (ferro e ácido fólico) |__|Outros programas, especificar	
36- Se outros programas, quais:	37- Calendário de vacinação para idade gestacional |__| 1 – Completo 2 – Incompleto 9 – Ignorado	

38 – Fatores de risco relacionados:
1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado
|__| Marcadores do Consumo Alimentar indicam alimentação inadequada (qualidade e/ou quantidade)
|__| Triagem de Risco de Insegurança Alimentar com pelo menos um item positivo
|__| Tabagismo
|__| Uso de álcool e outras drogas
|__| Restrição calórica em virtude de algum transtorno alimentar ou hiperêmese gravídica
|__| Intervalo entre a gestação anterior menor que 12 meses
|__| Gestação decorrente de violência sexual |__| Outros fatores, especificar

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DE DESNUTRIÇÃO GRAVE EM GESTANTE

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Dados antropométricos, clínicos e bioquímicos		
39- Peso pré-gestacional (kg) |__|__|,|__|__| 99 - Ignorado	40 – Altura pré-gestacional (m) |__|__|	41 – IMC pré-gestacional (kg/m²) |__|__|
42 – Data do acompanhamento / /	43 – Peso atual (kg) |__|__|,|__|__|	44 - Altura atual (m) |__|,|__|__|
45 – Classificação do Estado Nutricional, segundo a classificação do Índice de Massa Corporal – IMC pré-gestacional (Organização Mundial da Saúde, 1997) e ganho de peso (Gilberto Kac e Thais RB Carrilho; et al., 2021). |__| 1- Magreza grau I com ganho de peso gestacional insuficiente (abaixo do percentil 18) 2- Magreza grau II com ganho de peso gestacional insuficiente (abaixo do percentil 18) 3 - Magreza grau III independente do ganho peso gestacional. 4 - Outros, especificar		
46- Presença de edema 1 – Sim, por déficit nutricional 2 – Sim, por outras causas 3 – Sim, causa indefinida 4 – Não 9 – Ignorado |__| Edema bilateral de dorso do pé |__| Genitais |__| Abdômen |__| Generalizado	47- Outros sinais clínicos nutricionais 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado |__| Manchas e descamações pelagróides |__| Escassez de panículo adiposo |__| Despigmentação e queda de cabelo |__| Face senil |__| Hepatomegalia |__| Outros sinais, especificar	
48 – Exames bioquímicos, realizados durante a gestação, relacionados às deficiências nutricionais: 1 – Abaixo do esperado 2 – Adequado 9 – Ignorado 10 – Não se aplica |__| Hemoglobina sérica |__| Ferritina |__| Hematócrito |__| Outros exames, especificar		
49 – Presença de doenças de base CID: |__||__||__| |__| 1 – Sim 2 – Não 3 - Em investigação Especificar_____		
Dados socioeconômicos		
50 - Chefe de família (financeiro) |__| 1 - Própria 4 - Avós 2 - Mãe 5 – Instituição 3 – Irmão Maior 6 - Outros	51- Situação atual do chefe de família (financeiro) |__| 1 - Empregado 2 -Desempregado 3 - Autônomo	52- Se desempregado, há quanto tempo? |__| Menos de 6 meses |__| Mais de 6 meses
53- Escolaridade do chefe de família (financeiro) |__|0 – Analfabeto 6 – EM completo 1 – 1ª a 4ª série incompleta do EF 7 – Educação superior incompleta 2 – 4ª série completa do EF 8 – ES completa 3 – 5ª a 8ª série incompleta do EF 9 – Ignorada 4 – EF completo 10 – Não se aplica 5 – Ensino médio incompleto	54- Água tratada |__| 1 – Sim 9 - Ignorado 2 – Não	
55- Nº de moradores |__||__|	56- Nº de crianças menores de 10 anos |__||__|	57- Nº de cômodos (inclusive cozinha e banheiro) |__||__|
Classificação		
58- Etiologia |__| 1–Primária 2–Secundária 3 –Mista prevalência primária 4 –Mista prevalência secundária	59- Classificação do caso |__| 1-Desnutrição grave 2- Descartado, desnutrição moderada 3- Descartado, desnutrição leve 4- Descartado, sem grau de desnutrição	60- Critério de confirmação |__| 1- Clínico 2- Bioquímico___ 3- Outros, especificar
Tratamento e Medidas de Controle		
61- Em tratamento da DG |__| 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado	62- Tipo de tratamento da DG realizado ou referenciado |__| 1 – Hospitalar 2 – Ambulatorial 3 – Outros (especificar)	
63 - Medidas de Controle 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado |__|Recuperação Nutricional |__| Ações Básicas de Saúde |__|Educação nutricional |__| Promoção de melhoria das condições de vida do ambiente familiar |__|Tratamento de doenças de base|__| Outros (especificar)_____ |__|Tratamento de Intercorrências Associadas		
64 – Encaminhamento ao: 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado |__| Pré-natal de médio risco |__| Secretaria de Assistência Social |__| Secretaria de Educação |__| Pré-natal de alto risco |__| Serviço de nutrição |__| Outros(especificar)_____		

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DE DESNUTRIÇÃO GRAVE EM GESTANTE

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Acompanhamento e Evolução			
65 – Evolução do Estado Nutricional conforme acompanhamento do ganho de peso |__| 1º Mês |__|2º Mês |__| 3º Mês |__| 4º Mês |__| 5º Mês |__| 6º Mês |__|7º Mês |__|8º Mês |__| 9º Mês 1- Ganho de peso gestacional insuficiente (abaixo do percentil 18) 2 – Ganho de peso gestacional adequado (acima do percentil 18) 3 - Não realizado			
66- Data da evolução ____/____/____	67- Evolução |__| 1- Alta por recuperação nutricional 2- Alta por puerpério (42 dias após o parto) 3- Transferência 4- Abandono 5- Óbito por DG 6- Óbito por outras causas 7 - Aborto 8 - Natimorto 9 – Ignorado		
68- Condições de alta Peso _____kg Percentil do Ganho de peso_____ Estado Nutricional: _____	69- Observações		
70- Nome do Investigador	71- Função	72- Data	73- Assinatura

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE DESNUTRIÇÃO GRAVE EM GESTANTE

1- **Número da Notificação**: Transcrever da ficha individual de notificação.
2- **Agravo/doença:** Desnutrição Grave - E43
3- **Data da Notificação**: Anotar a data que está sendo notificado o caso.
4- **Nome do Município Notificante**: Anotar o nome do município onde a gestante está sendo notificada. **Código do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do Município Notificante**: Anotar o código do município onde a gestante está sendo notificada. (Ex. Itajaí código 4208203).
5- **Nome da Unidade de Saúde e Código da Unidade de Saúde**: Anotar o nome e o código da Unidade de Saúde que está fazendo a notificação.
6- **Data do diagnóstico:** Quando houve o diagnóstico suspeito/confirmado de desnutrição grave.
7- **Nome do Paciente:** Anotar o nome completo da gestante que está sendo notificada.
8- **Data de Nascimento:** Anotar a data de nascimento registrando o ano de forma completa.
9- **Idade:** Anotar a idade em anos.
10- **Sexo:** Preencher segundo a categoria referente ao sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I =ignorado)
11- **Gestante:** preencher o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da notificação (1º trimestre da 1ª a 12 ª semana; 2º trimestre da 13 ª a 26 ª semana e 3º trimestre a partir da 27ª semana de gestação).
12- **Raça/Cor:** Informar a Raça/Cor declarada pela pessoa. Ex: 1. Branco, 2. Preta, 3. Amarela, 4. Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5. Indígena, 9. Ignorado.
13- **Escolaridade:** Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos. A classificação é obtida em função da série e do nível de ensino que a pessoa está frequentando ou frequentou.
14- **Nome e Código - IBGE do município de residência:** Anotar o nome e o código do município onde a gestante reside.
15- **UF:** Anotar a sigla da Unidade da Federação onde reside a gestante. Ex: SC.
16- **Nome do bairro:** Anotar o nome do bairro ou localidade de residência da gestante.
17- **Logradouro:** Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo da residência da gestante. Se for indígena, colocar o nome da aldeia.
18- **Número:** Anotar o número do logradouro da residência da gestante (Ex. n.º 575).
19- **Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (Ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14).
20- **Ponto de Referência:** Anotar o ponto de referência para facilitar a localização da residência da gestante (Ex. padaria, mercado, colégio).
21- **Telefone:** Anotar o telefone da gestante com o código DDD.(Ex. 4799999-9999)

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DE DESNUTRIÇÃO GRAVE EM GESTANTE

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

22-Zona: Anotar o código da zona onde a gestante reside. (Ex. 1 = área com características estritamente urbanas; 2 = área com características estritamente rurais; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
23-Data de investigação: Informar a data do início da investigação do caso.
24-Nº do prontuário: Eletrônico ou físico.
25-Tipo de entrada: Considerar somente a gestação atual, se foi notificada na gestação anterior, considerar caso novo.
26-Idade Gestacional: Conforme Data da Última Menstruação - DUM, se DUM ignorada, colocar em observações o método utilizado.
27-Tipo de Gravidez: preencher com a categoria correspondente ao tipo de gravidez que se refere ao número de conceptos (1 – Única, para um; 2 – Dupla, para gêmeos; 3 – Tripla ou mais, para trigêmeos ou mais). Caso não se conheça o dado, preencher 9 – Ignorado.
28-Aceitação da gravidez: Anotar como está a aceitação pela gestante.
29-História de desnutrição na família: Se tiver filho menor de 10 anos, anotar se apresenta ou tem histórico de desnutrição. Se não tiver filho menor de 10 anos, preencher como não se aplica.
30-História de óbito fetal e/ou filho de filho até 10 anos: Anotar se tem histórico, se não apresentou gestação anterior, preencher como não se aplica.
31-Causa do óbito: Anotar a causa do óbito citado no campo anterior.
32-Hospitalização nos últimos 6 meses: Não considerar a internação atual. Anotar se ocorreram internações anteriores.
33-Motivo da última internação: Registrar qual o diagnóstico apresentado na última internação.
34-Número de atendimento em Serviço de Urgência e Emergência nos últimos 6 meses: não considerar o atendimento atual.
35-Gestante assistida em: anotar quais sistemas/programas a gestante já está sendo assistida na saúde.
36-Se outros programas, quais: especificar quais são os outros programas de intervenção social que a gestante já está sendo assistida.
37-Calendário de vacinação para idade gestacional: Informar a situação do preenchimento do cartão de imunização. Ex: código 1- completo.
38-Fatores de risco relacionados: Marcadores do Consumo Alimentar indicam alimentação inadequada (qualidade e/ou quantidade), instrumento da Atenção Primária à Saúde, realizar digitação no Sistema de Gestão Municipal em "Fichas de Consumo Alimentar". **Triagem de Risco de Insegurança Alimentar - TRIA com pelo menos um item positivo**, instrumento da Atenção Primária à Saúde, realizar digitação no Sistema de Gestão Municipal (Ficha de Cadastro Individual - Informações sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde - Informações socioeconômicas - Triagem para Risco de Insegurança Alimentar - TRIA),consiste nos questionamentos conforme a seguir: *"Agora vou ler para você duas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Responda sim ou não para cada uma delas. 1) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? ( ) Sim ( ) Não 2) Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinha, porque o dinheiro acabou? ( ) Sim ( ) Não".* Procedimento 01.01.04.012-1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR incluído no Grupo 01- Ações de promoção e prevenção em saúde, Subgrupo 01- Ações coletivas/individuais em saúde, Forma de Organização 04- Alimentação e nutrição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, através da Portaria Nº 202, de 22 de fevereiro de 2023. **Registrar se apresenta cada tipo de risco relacionado:** 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado e 10 - Não se aplica.
39-Peso pré-gestacional: Anotar o peso, em quilograma, autorreferido da mulher ou a partir do peso extraído dos prontuários, sendo ambos referentes ao período anterior à gestação. Ex. 60,50kg
40-Altura pré-gestacional: Anotar a altura, em metro, autorreferida da mulher ou a partir da altura extraída dos prontuários, sendo ambos referentes ao período anterior à gestação. Ex: 1,60m.
41-IMC pré-gestacional (kg/m²): o Índice de Massa Corporal - IMC pré-gestacional, é calculado dividindo o peso pré-gestacional (kg) pela altura pré-gestacional (m) x a altura pré-gestacional (m).
42-Data do acompanhamento: Anotar a data que foi realizada a avaliação antropométrica atual.
43-Peso atual: Anotar o peso, em quilograma, referente ao campo anterior.
44-Altura atual: Anota a altura, em metros, referente ao campo 42.
45-Classificação do Estado Nutricional: Este registro deve ser realizado conforme a classificação do IMC pré-gestacional (OMS, 1997) e ganho de peso (Gilberto Kac e Thais RB Carrilho, et al., 2021) que consta na Caderneta da Gestante.
46-Presença de edema: Registrar se há edema em alguma região específica e qual o motivo do edema (nutricional, outras causa, ou causa indefinida): dorso do pé (quando é feito pressão com o dedo sob a pele e a mesma fica marcada); abdômen, genitais ou edema generalizado.
47-Outros sinais clínicos nutricionais:

Manchas e descamações pelagróides – compreendem manchas acastanhadas, descamativas, com aparência ressecada, áspera ao toque e de forma irregular:
Face senil - face emagrecida, com dobras na pele o que confere a criança aparência envelhecida;
Hepatomegalia – aumento do fígado e anexos, percebido na palpação do órgão;
Escassez do panículo adiposo – com aparência de pele e osso;
Despigmentação e queda de cabelo: cabelo descolorido, fios mais claros que a coloração normal, seco, fino e quebradiço,cabelo "em bandeira", (faixa descolorida, alternada com coloração normal);

48- **Exames bioquímicos, realizados durante a gestação, relacionados às deficiências nutricionais:** classificar os exames em 1 - Abaixo do esperado, 2 - Adequado, 9 - Ignorado e, se não foi solicitado, preencher como 10 - Não se aplica.
49- **Presença de doenças de base:** preencher se há confirmação ou suspeita de doença de base que possa estar prejudicando o estado nutricional da gestante.
50- **Chefe da família(financeiro):** Considerar quem mantém financeiramente a família.
51- **Situação atual do chefe de família (financeiro):** Refere-se ao vínculo empregatício do responsável financeiro pela família.
52- **Se desempregado, há quanto tempo?:** Se desempregado, considerar uma das alternativas.
53- **Escolaridade do chefe da família (financeiro):** Anotar o grau de instrução mais avançado, mesmo que incompleto.
54- **Água tratada:** Se a água é tratada ou se é de poço, rio, etc.
55- **Nº de moradores:** Relacionar todos os moradores da casa, **incluindo na contagem a gestante que está sendo notificada.**
56- **Nº de crianças menores de 10 anos: Incluir na contagem todas as crianças menores de 10 anos, independente do grau de parentesco.**
57- **Nº de cômodos:** São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.
58- **Etiologia:** classificar a causa da desnutrição.
59- **Classificação do caso:** Realizado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica.
60- **Critério de Confirmação:** qual critério foi utilizado para confirmação.
61- **Em tratamento da DG:** se foi iniciado o tratamento.
62- **Tipo de tratamento da DG realizado ou referenciado:** se foi iniciado tratamento em nível ambulatorial ou hospitalar.
63- **Medidas de controle:** quais medidas de controle estão sendo instituídas.
64- **Encaminhamento ao:** para quais serviços/secretarias a gestante foi referenciada.
65- **Acompanhamento e evolução:** Realizado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica.
66- **Data da evolução:** Informar a data da evolução do tratamento.
67- **Evolução:** Informar a evolução do tratamento. Considera-se aborto toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.
68- **Condições de alta:** Anotar as condições no momento da alta.
69- **Observações:** acrescentar informações adicionais pertinentes.
70- **Nome do investigador:** Nome completo. Deve ser legível.
71- **Função:** Que função executa no serviço de saúde.
72- **Data:** Data de investigação.
73- **Assinatura:** Importante no registro.