

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER



<https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/2240528-mulheres-diversas-faces-multi-etnicas-beleza-mulheres-diferentes-nacionalidades-e-culturas-a-luta-pelos-direitos-independencia-igualdade-internacional-mulher-dia>

Santa Maria, RS, Janeiro de 2021

VOLUME 1

Atualizado em janeiro de 2021

PROTOCOLO SAÚDE DA MULHER

Prefeito

Jorge Claudistone Pozzobom

Vice-Prefeito

Rodrigo Decimo

Secretário de Saúde

Guilherme Ribas Smidt

Secretária Adjunta

Ana Paula Seerig

Superintendência de Atenção Básica de Saúde

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi

Coordenação de Atenção Básica de Saúde

Taynne Duarte Vendruscolo

Autoria

Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) – Santa Maria – RS (PORTARIA No 001/GAB/SMS /2018)

Coordenadora: Luciana Denize Molino da Rocha – COREN – RS 231.249 – ENF

Integrantes:

Aline Dalcin Segabinazi – COREN-RS 164010 – ENF

Cáren Fabiana Alves – COREN-RS 176240 – ENF

Kamilla Cruz – COREN-RS 211695 – ENF

Laura Taís Loureiro Simas – COREN-RS 93543 – ENF

Maria Evanir Vicente Ferreira - COREN-RS 94622 – ENF

Neusa Brittes Feliciano Canterle – COREN-RS 164971 – ENF

Tainah Oliveira Guerra – COREN – 372646 – ENF

Colaboradoras:

Bruna Dedavid da Rocha – COREN-RS 33713 – ENF

Laura Ferreira Cortes - COREN-RS 252676 - Enf. Prof^ª. UFSM.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
A ENFERMAGEM	9
A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	9
O REGISTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	11
A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE®	12
COMPARATIVO – SOAP / ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM/CIPE	15
1.ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES	16
ENTREVISTA	16
EXAME FÍSICO	17
FLUXOGRAMA 1.1 - CORRIMENTO VAGINAL OU CERVICITES	18
QUADRO 1.1 – SÍNTESE DE TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL OU CERVICITES	19
FLUXOGRAMA 1.2 - INFECÇÃO URINÁRIA	24
CÓLICA MENSTRUAL	25
FLUXOGRAMA 1.3 – CÓLICA MENSTRUAL	25
DISPAREUNIA E VAGINISMO	26
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR	28
PRECONCEPÇÃO	28
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	29
QUADRO 2.1 - CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	29
QUADRO 2.2 – CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE CONFORME O TIPO DE MÉTODO ESCOLHIDO E ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO	31
QUADRO 2.3 – SÍNTESE DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS E DIU	35
INFORMAÇÕES ÚTEIS SOBRE O DIU	40
FLUXOGRAMA 2.1 – ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA E MASCULINA, MÉTODOS DEFINITIVOS:	41
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	42
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	44
3.1 Adequabilidade da amostra do exame citopatológico	44
3.2 Prevenção primária do câncer do colo de útero	45
QUADRO 3.1 - RECOMENDAÇÕES PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO EM MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS	47
QUADRO 3.2 RECOMENDAÇÕES E CONDUTAS CONFORME OS RESULTADOS DO EXAME	50

QUADRO 3.3 – ACHADOS CLÍNICOS COMUNS E ALTERADOS NO COLO UTERINO	55
INDICADOR Nº 4 PORTARIA PREVINE BRASIL - COBERTURA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS	57
3.1 TOQUE BIMANUAL	58
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	59
SÍFILIS FEMININA	59
Quadro 3.4 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença	59
QUADRO 3.5 - TRATAMENTO E MONITORAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA	60
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	61
AÇÕES DE RASTREAMENTO	61
QUADRO 3.6 – RESULTADOS DA MAMOGRAFIA E CONDUTAS DA ATENÇÃO BÁSICA	62
4.2 Queixa de nódulo	63
4.3 MASTALGIA E OUTROS SINTOMAS MAMÁRIOS	63
Quadro 3.7 - Síntese de Prevenção de Câncer de Mama	65
5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	67
5.1 AVALIAÇÃO DE RISCO NO PRÉ-NATAL	67
5.2 ROTEIRO DE CONSULTAS	67
QUADRO 5.1 – SÍNTESE DE CONDUTAS CONFORME O TRIMESTRE DA GESTAÇÃO:	68
QUADRO 5.2 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	72
FLUXOGRAMA 5.1 – O QUE FAZER NA ANEMIA GESTACIONAL	81
FLUXOGRAMA 5.2 – O QUE FAZER NAS QUEIXAS URINÁRIAS EM GESTANTES*	82
QUADRO 5.3 – IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE	83
QUADRO 5.4 - EXAME CLÍNICO	85
QUADRO 5.5: MODIFICAÇÕES E DESCONFORTO MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO	100
QUADRO 5.6: ATENÇÃO ÀS INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL	113
QUADRO 5.7 – INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS DE ULTRASSONOGRAFIA DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO:	119
QUADRO 5.8 – SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO	121
5.9 - SÍFILIS NA GESTANTE	121
QUADRO 5.9.1 – CONDUTA EM CASO DE SÍFILIS POSITIVA NA GESTAÇÃO	122
5.10 CONSULTA PRÉ-PARTO COM ACOMPANHANTE DE PARTO	123
5.11 - PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO	123
INDICADOR Nº1 DA PORTARIA PREVINE BRASIL - PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS SEIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, SENDO A PRIMEIRA CONSULTA REALIZADA ATÉ A 12ª SEMANA GESTACIONAL	124

6. ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO	128
QUADRO 6.1 – CONSULTA PUERPERAL	128
7. ALEITAMENTO MATERNO	134
7.1 - TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO	134
QUADRO 7.1 – PRINCIPAIS ITENS A SEREM OBSERVADOS NA MAMADA:	134
FIGURA – PEGA CORRETA	135
QUADRO 7.2 - QUEIXAS/INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO	136
7.3- SUSPENSÃO DO ALEITAMENTO MATERNO - CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS E RELATIVAS	143
QUADRO 7.4 - CONDIÇÕES CLÍNICAS MATERNAS QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO QUANTO À MANUTENÇÃO OU CONTRAINDICAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO	143
7.5 – LEGISLAÇÕES	146
7.6 – ORIENTAÇÕES PARA ARMAZENAMENTO DE LEITE MATERNO ORDENHADO.	146
7.6.1 – PREPARO DOS FRASCOS/UTENSÍLIOS/EMBALAGENS PARA COLETA	146
7.6.2 – ORDENHA DOMICILIAR	147
8. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO	148
QUADRO 8.1 – QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MANEJO	150
QUADRO 8.2 – ROTEIRO DE CONSULTA	152
8.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA	154
8.4 CONTRACEPÇÃO NO CLIMATÉRIO	155
QUADRO 8.5 - FITOTERÁPICOS QUE PODEM SER UTILIZADOS NO MANEJO DOS SINTOMAS TRANSITÓRIOS NO CLIMATÉRIO	155
9. ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL	158
9.1 IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NÃO DECLARADA - SINAIS DE ALERTA	159
9.1. 1 Como abordar essas mulheres?	160
9.1.2 Sinais Clínicos	160
9.1.3 Sinais Psicossomáticos	161
9.1.4 Sinais Sociais	161
9.3 SERVIÇOS PARA ATENÇÃO INTEGRADA E COMPETÊNCIAS	161
9.3.1 Saúde	161
Serviços de atendimento especializados:	162
Espaço de atenção à mulher: Bem-Me-Quero	162
b) Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM):	162
9.3.2 Assistência Social	163

9.3.3 Segurança Pública e Justiça	164
9.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ATENDIMENTO	164
CONSULTA DE ENFERMAGEM	165
9.4 NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	166

ANEXO 1

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE PODEM SER PRESCRITOS POR ENFERMEIROS

ANEXO 2

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

ANEXO 3

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

ANEXO 4

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

10 REFERÊNCIAS

173

INTRODUÇÃO

O município de Santa Maria foi fundado em 17 de maio de 1858 e está localizado na região Central do Rio Grande do Sul. Segundo o Censo 2010, possui 261.031 habitantes. Ainda de acordo com esse censo, 52,64% (137.397) desses habitantes são mulheres, ou seja, 13.763 pessoas a mais pertencem ao sexo feminino e a sua maioria se encontra na faixa etária de 15 a 29 anos (SANTA MARIA, 2018).

No que concerne à assistência em saúde, Santa Maria tem uma cobertura de Atenção Básica de 52,4%, realizada por 37 unidades de saúde que estão organizadas nos modelos de atenção, Estratégia Saúde da Família-ESF (20), Unidades Básicas-UBS (04) e, recentemente algumas migraram de UBS para Equipes de Atenção Primária- EAP (13). Ao todo, são 47 enfermeiros servidores municipais que prestam a assistência de enfermagem nessas unidades (SANTA MARIA, 2018).

Desse modo, com o intuito de iniciar um processo de qualificação da assistência de enfermagem aos usuários das referidas unidades, cuja necessidade foi verificada a partir dos debates nas reuniões mensais dos enfermeiros, formou-se uma comissão composta por sete enfermeiras do quadro funcional da Secretaria de Saúde do município que deram início a criação de Protocolos de Enfermagem. O objetivo era padronizar e oferecer um serviço integral e humanizado para essas pessoas.

Sendo assim, a comissão foi oficializada através da portaria 001/GAB/SMS, de 16 de outubro de 2018 e denominada Comissão para Estudo e Viabilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) da Secretaria de Saúde de Santa Maria.

Seguindo nessa mesma linha, em 12 de novembro de 2019 o Ministério da Saúde divulgou a Portaria Previne Brasil, que apresenta um novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde. Assim, desde o início de 2020, as equipes assumiram o desafio de ampliar o acesso, qualificar a assistência e trazer mais equidade na sua assistência. Para esse fim, além do vínculo, determinado pelo cadastramento e acompanhamento dos usuários, alguns indicadores de desempenho serão avaliados. Especificamente para a saúde da mulher, os indicadores para esse ano serão cinco (5): proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; e cobertura de exame citopatológico (BRASIL, 2019).

Dessa forma, se tornou mais urgente ainda qualificar a assistência dessa categoria para que junto com os demais componentes da equipe multidisciplinar, seja possível cumprir o que está determinado pela referida Portaria, garantindo assim os recursos financeiros para o município.

A ENFERMAGEM

A Enfermagem no âmbito nacional é uma profissão regulamentada a partir da Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Suas normas e princípios fundamentam-se no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN no 564, de 08 de fevereiro de 2017.

A Enfermagem desempenha uma função importante nos diversos espaços da assistência, do ensino e da pesquisa na efetivação do Sistema Único de Saúde. Na atenção primária em saúde, as atribuições do Enfermeiro estão voltadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidade, realizados de maneira interdisciplinar e multiprofissional.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro, enquanto agente de transformação social, busca a organização e operacionalização do seu processo de trabalho a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), determinada pela resolução COFEN n.º 358/2009 visando a melhoria do cuidado de enfermagem à população no campo da saúde pública.

A SAE, a partir de métodos, diretrizes, normativas, instrumentos orientativos, torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação necessária da prática, tornando evidente a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população.

O Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas interdependentes e recorrentes:

PROCESSO DE ENFERMAGEM	
I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)	Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
II - Diagnóstico de Enfermagem	Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
III – Planejamento de Enfermagem	Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
IV – Implementação	Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
V - Avaliação de Enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para

	determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.
--	---

FONTE: COFEN/2009

O Processo de Enfermagem é executado por todos os profissionais de Enfermagem, cabendo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação deste processo, de modo a alcançar os resultados esperados. É privativo ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem, sendo este acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas. O Técnico e Auxiliar de Enfermagem participam da execução deste processo, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (COFEN, 2009).

A Enfermagem originalmente se diferencia na abordagem integral centrada na pessoa e na atenção à resposta humana. Assim o Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade independente e privativa do enfermeiro, cujo objetivo é propiciar condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, e está respaldada por uma série de dispositivos legais que orientam uma prática ética e segura.

A Consulta de Enfermagem deve ocorrer no atendimento à demanda programada ou espontânea, na unidade de saúde, no domicílio ou em outros espaços do território. A mesma está prevista nas atribuições mínimas do Enfermeiro, sendo ofertada a pessoas de todas as faixas etárias.

O REGISTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos

diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Para registro no prontuário eletrônico, recomenda-se o uso do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), a construção/atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE® (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) como forma de facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos.

Registros de enfermagem claros e bem organizados fazem parte da elaboração de uma boa história clínica ou de vida, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema ou necessidades de saúde. A estrutura das notas de evolução é formada por quatro partes detalhadas conhecidas por “SOAP”, que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano”.

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE®

A motivação dos enfermeiros para melhorar o registro e o cuidado de Enfermagem levou a buscar uma terminologia de enfermagem contribuindo para a qualidade da assistência e o reconhecimento da Enfermagem enquanto profissão que produz cuidado, conhecimento e ciência. Optou-se por estudar melhor a CIPE® por se acreditar que esta classificação é adequada às necessidades.

No 19º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem em Seul, na Coreia, ocorrido em 1989, foi aprovada a resolução para estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com objetivo precípuo de demonstrar de forma concreta a importante contribuição da enfermagem para a saúde, criando uma linguagem universal apta a envolver a Enfermagem do mundo inteiro em torno de uma causa comum.

A CIPE® é um instrumento de informação que descreve e proporciona dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. No âmbito mundial, consolida-se como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro.

A CIPE® é um instrumento tecnológico que auxilia o raciocínio e a tomada de decisão clínica durante a execução do Processo de Enfermagem, além de promover a

comunicação entre os profissionais da enfermagem e entre outras áreas. A CIPE® favorece a documentação da prática profissional, tanto para avaliação quanto para a visibilidade da contribuição do enfermeiro à saúde das pessoas, famílias e coletividades humanas (GARCIA, 2018).

A composição dos enunciados de diagnósticos de enfermagem deve seguir as diretrizes concretizadas na norma ISO 18.104, a qual orienta o uso obrigatório de um termo eixo FOCO e um do eixo JULGAMENTO, que podem ser acrescidos de termos de outros eixos, para assim ilustrar o conceito de diagnóstico estruturados, e de forma semelhante dá-se a construção das intervenções de enfermagem. Para a afirmativa de uma ação de enfermagem, ela deve conter um descritor para ação e, no mínimo, um descritor para o alvo, ou seja, a entidade que é afetada pela ação (GARCIA, 2018).

Para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, são recomendadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo do Foco, (2) deve incluir um termo do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, dos eixos do Foco, Julgamento ou de outros eixos. No desenvolvimento de enunciados de intervenções de enfermagem, são aconselhadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo da Ação, (2) deve incluir pelo menos um termo Alvo – um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo.

A CIPE® Versão 2.0 traz, para cada um dos seus sete eixos, as seguintes definições:

✓ **Foco:** Área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida, conhecimento);

✓ **Julgamento:** Opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, presente);

✓ **Cliente:** Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família ou comunidade).

✓ **Meios:** Forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: atadura, caderneta de vacinação);

✓ **Ação:** Processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorar);

✓ **Tempo:** O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: administração, nascimento ou crônico);

✓ **Localização:** Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade);

Nesta perspectiva a CIPE® tem por objetivo:

✓ Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar;

✓ Representar os conceitos utilizados nas práticas locais, independente dos idiomas e áreas de especialidade;

✓ Descrever os cuidados de Enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) a nível mundial;

✓ Permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de pacientes, contextos, áreas geográficas e tempo;

✓ Estimular a investigação em Enfermagem através da relação como os dados disponíveis nos sistemas de informação em Enfermagem e da saúde;

✓ Fornecer dados sobre a prática de Enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde e;

✓ Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, prestação do cuidado de Enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de Enfermagem.

Através dos objetivos, a CIPE® é capaz de proporcionar a comunicação entre os pares, comparar os dados de enfermagem entre os diferentes contextos, auxiliar na tomada de decisão do profissional, no raciocínio clínico do enfermeiro, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, na geração de novos conhecimentos, na promoção de um cuidado qualificado e na garantia de mais instrumentos para a segurança do paciente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria orienta a integração dos sistemas de registro com o Processo de Enfermagem, conforme o quadro abaixo:

COMPARATIVO – SOAP / ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM/CIPE

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM	CIPE
S– Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de enfermagem (entrevista)	
O – Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de enfermagem (exame físico)	
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de enfermagem Avaliação de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem Resultado de enfermagem
P – Plano	Plano de cuidados/ condutas	Implementação	Intervenções de Enfermagem

Fonte: Florianópolis, 2016.

O presente protocolo foi elaborado com base em publicações atualizadas do Ministério da Saúde e considerando as evidências científicas para tomada de decisão clínica do enfermeiro. Em relação ao plano de cuidados e condutas do profissional, ressaltamos que, de acordo com a Lei nº 7498/1986, uma das atribuições do enfermeiro é **a solicitação de exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde**. Diante disso, a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, aprovou os protocolos de enfermagem na saúde da mulher, a partir da Portaria nº 01/2021 em 19 de maio de 2021. A lista de medicamentos que podem ser prescritos no município, consta no ANEXO 1 deste protocolo.

1.ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1 CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES

Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites.

As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

De maneira análoga, os quadros de colpites e cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal. Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos.

1.1.1 ENTREVISTA

O levantamento de alguns dados é importante para orientar as condutas do enfermeiro frente às queixas ginecológicas, devendo este profissional sempre perguntar sobre:

- Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro;
- Diabetes, gravidez suspeita ou confirmada;
- Abortamento ou parto recentes;
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Período de início dos sintomas;

1.1.2 EXAME FÍSICO

O exame físico detalhado, incluindo o toque bimanual quando indicado, é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional. Sugere-se, portanto:

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos;
- Se Exame especular: observar características do colo/sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo).
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo, útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

Após a entrevista e exame físico, realizados durante a consulta de enfermagem, é importante atentar para presença de alguns sinais de alerta que, se presentes, deverão ser avaliados conjuntamente com o médico em interconsulta:

- Dor abdominal;
- Irregularidades do ciclo/sangramento vaginal normal;
- Febre;
- Comprometimento do estado geral;
- Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia);

QUADRO 1.1 – SÍNTESE DE TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL OU CERVICITES

Causa Identificada	Agente Etiológico	Sinais e Sintomas Principais	Intervenções	Tratamento Medicamentoso
Candidíase vulvovaginal	<p>-<i>Candida spp.</i> -<i>Candida albicans</i> (mais frequente)</p>	<p>- Prurido vaginal intenso; - Hiperemia de mucosa e edema vulvar; - Teste do KOH negativo; - Secreção branca, grumosa, sem odor, aderida à parede vaginal e ao colo do útero; - Sem dor -Dispareunia de intróito.</p>	<p>- Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; - Evitar/diminuir o uso de roupas apertadas; - Evitar uso de absorventes diários; - Episódios de repetição devem ser investigados.</p>	<p>- Miconazol creme vaginal 2%, um aplicador à noite, por 7 noites ao deitar-se (tratamento de primeira escolha); - Fluconazol 150 mg dose única; * Se severa ou persistente (mais de 4 episódios no ano), encaminhar para atendimento médico.</p>

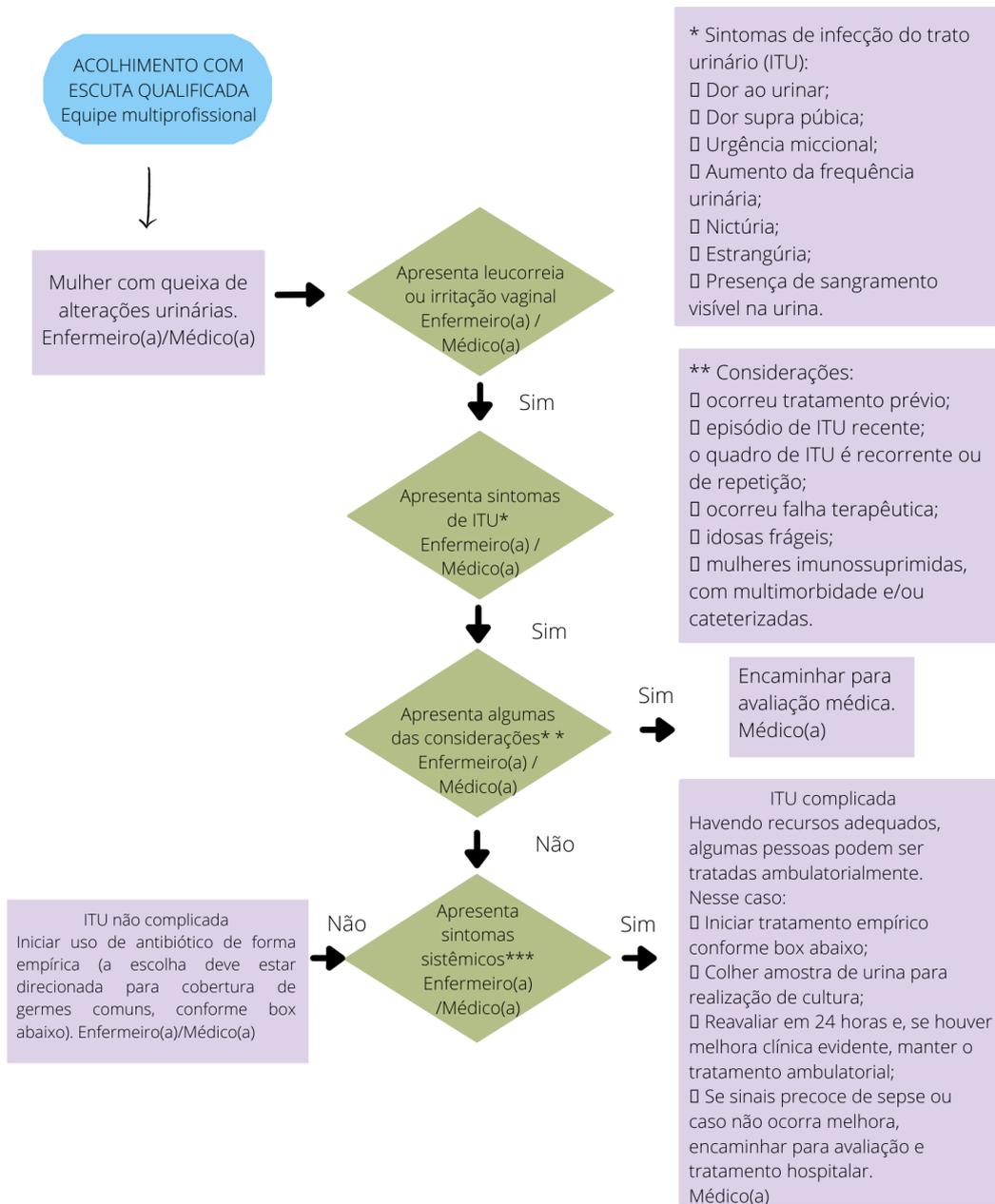
<p>Vaginose Bacteriana</p>	<p>-<i>Gardnerella Vaginalis</i>; -<i>Mobiluncus sp</i>; -<i>Bacteroides sp</i>; -<i>Micoplasma hominis</i>; -<i>Peptococcus e outros anaeróbios</i>.</p>	<p>- Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuada após o coito e durante período menstrual; - Teste do KOH - positivo</p>	<p>- Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; - Evitar/diminuir o uso de roupas apertadas; - Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parcerias; e a segunda sim, necessitando assim convocação das mesmas.</p>	<p><u>Mulheres, incluindo gestantes ou nutrizes</u> Metronidazol creme (100mg/g) por 5 noites; OU Metronidazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 250mg- 2cp 12/12h - por 7 dias ou - 400mg - 1cp 8/8h - 7 dias ou - 400mg/5 cp - dose única ou - Metronidazol gel 1% - 5 dias ou - 400mg - 1cp 12/12 n m h - 7 dias <p>* A/o paciente deve ser aconselhada/o a não ingerir bebidas alcoólicas ou medicamentos que contenham</p>
----------------------------	---	--	--	---

				álcool em sua formulação por pelo menos 24 horas após o final do tratamento com metronidazol, devido à possibilidade de reação do tipo dissulfiram (efeito <i>antabuse</i>).
Gonorreia (Infecção sem Complicação)	<i>-Neisseria Gonorrhoeae.</i>	70% - 80% - Assintomáticas - Corrimento vaginal; - Sangramento intermenstrual ou pós-coito; - Sangramento ao toque da espátula ou swab (ao exame);	- Fornecer informações sobre IST e sua prevenção; - Ofertar preservativos; - Tratar parcerias sexuais.	* Ceftriaxona 500mg IM dose única.
Clamídia	<i>-Chlamydia trachomatis.</i>	- Dispareunia; - Disúria; - Material muco-purulento no orifício externo do colo; - Dor à mobilização do colo		Tratamento a ser prescrito em interconsulta médica.

Tricomoníase	- <i>Trichomonas vaginalis</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida; - Prurido intenso; - Edema de vulva; - Dispareunia; - Colo com petéquias e em “framboesa”; - Menos frequente: disúria. 		Metronidazol 400mg- 5 cp- dose única.
Vaginose Citolítica	-Síndrome de crescimento excessivo do <i>Lactobacillus</i> ou citólise de Döderlein.	<ul style="list-style-type: none"> - Prurido; - Queimação; - Dispareunia; - Disúria terminal; - Corrimento branco abundante que piora na fase lútea. <p>* Ocorre em função do aumento do número de <i>Lactobacillus sp</i> no trato genital inferior, cérvix e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Banho de assento em solução composta por 4 xícaras de água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, por 5 a 10 minutos, a cada duas semanas ou até melhora dos sintomas. 	-

		vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5). *Facilmente confundida com Candidíase.	- Orientar a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.	
--	--	--	---	--

FLUXOGRAMA 1.2 - INFECÇÃO URINÁRIA



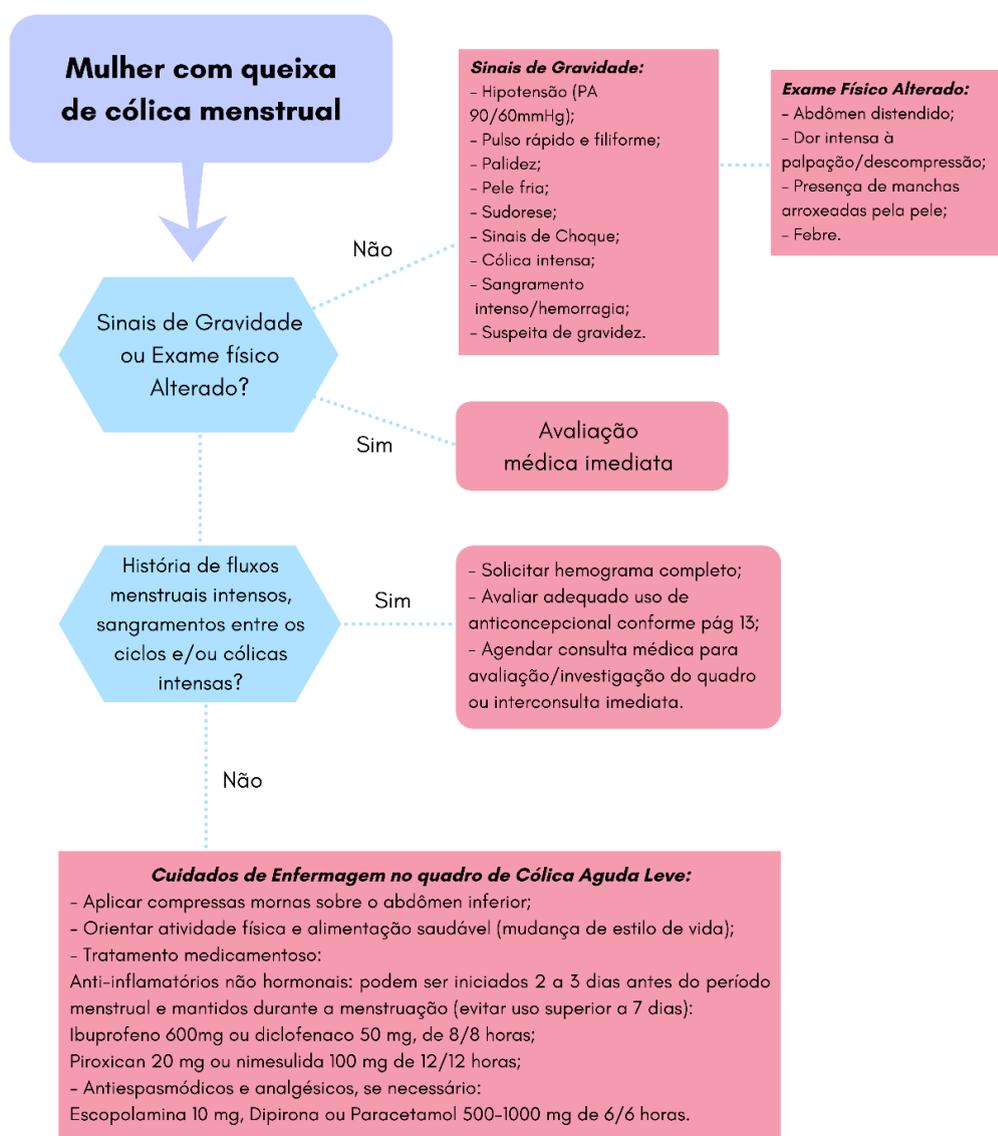
Antibióticos de escolha no tratamento da ITU não complicada Agentes de primeira linha: sulfametoxazol + trimetopina (400mg + 80mg), 02 cp de 12/12h por 3 dias; nitrofurantoína (100 mg), 01 cp. de 6/6h por 5 a 7 dias. Agentes de segunda linha: Preferencialmente, as quinolonas devem ser utilizadas somente na presença de resistência aos agentes de primeira linha. Enfermeiro(a) / Médico(a).

1.2 CÓLICA MENSTRUAL

No atendimento às queixas de cólica menstrual, é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes, com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário).

É fundamental o acolhimento à usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

FLUXOGRAMA 1.3 – CÓLICA MENSTRUAL



Fonte: Brasil, 2016.

1.3 DISPAREUNIA E VAGINISMO

A dispareunia é um sintoma bastante comum e desafiador do ponto de vista clínico, já que o profissional de saúde se depara com inúmeras possibilidades de etiologias, sendo o histórico de enfermagem (anamnese e o exame físico) a principal ferramenta de elucidação diagnóstica. Questões fisiológicas como menopausa, diminuição de estrogênio, posição no ato sexual e outras patologias, dentre as quais situações infecciosas potencialmente graves, como a Doença Inflamatória Pélvica, são algumas das tantas possibilidades diagnósticas possíveis (COREN SC, 2017).

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água (COREN SC, 2017). Em se tratando de mulheres climatéricas / menopausadas considerar a estrogenização local, caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos, conforme orientação: Estriol 0,1%, por um a três meses, deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 7 dias, ou ainda 2x por semana (sempre nos mesmos dias). O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta do citopatológico.

Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada (BRASIL, 2016).

Achados de “Atrofia com Inflamação”, no resultado do citopatológico de colo de útero, são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia (BRASIL, 2016).

A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais e afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, infecções sexualmente transmissíveis e congestão pélvica. Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia (BRASIL, 2016).

Considerar encaminhamento ao ginecologista caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento na atenção especializada ou apoio psicológico especializado, quando necessário (BRASIL, 2016; COREN SC, 2017).

2 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR

Em 12 de janeiro de 1996 foi sancionada a Lei nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, visando assegurar os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva. É nesse contexto que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar, tanto para a concepção quanto para a contracepção.

2.1 PRECONCEPÇÃO

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro deve procurar abordar o tema na consulta de enfermagem, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento da concepção, seja através de apoio emocional ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina (COREN SC, 2017).

Condutas de enfermagem no período pré concepcional

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher;
- Prescrever ácido fólico 0,4 mg/dia (50 gotas se for o de 0,2mg) no mínimo 30 dias antes da concepção;
- Verificar situação do citopatológico e caso necessário, realizar a coleta;
- Realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B e C e Sífilis;
- Solicitar sorologia para Toxoplasmose (IgG/IgM).
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto e tríplice viral) e, em caso de atraso ou ausência, vacinar conforme Manual em vigor. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção por pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado;
- Abordar cessação do fumo, álcool e outras drogas antes da gravidez, se necessário;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, incluindo o mesmo no processo de escolha e programação familiar.

Fonte: BRASIL, 2016; COREN SC, 2017; BRASIL, 2014.

2.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O enfermeiro deverá auxiliar a paciente na escolha do método anticoncepcional considerando suas particularidades, tais como idade, doenças associadas, tabagismo, estilo de vida e perfil sociocultural, uma vez que há contra indicações relativas e absolutas para cada método.

Na consulta de enfermagem é importante levantar o histórico gineco-obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, etc.

É fundamental elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário.

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS (o quadro 2.2 foi adaptado da fonte para melhor definir as possibilidades de prescrição pelo enfermeiro na SMS de Santa Maria).

QUADRO 2.1 - CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Categoria	Definições
Categoria 1	A condição não restringe o uso do método contraceptivo. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
Categoria 2	As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes.
Categoria 3	Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição. Prescrição médica somente.
Categoria 4	O risco do uso do método é inaceitável nesta condição. Não prescrever.

Para eleger o método, pode-se utilizar o “*Disco para determinar critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais*” (OMS, 2008)

QUADRO 2.2 – CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE CONFORME O TIPO DE MÉTODO ESCOLHIDO E ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO

Condição Atual	Pílula Combinada	Injetável Combinado (Mensal)	Injetável com Progestágeno (Trimestral)	DIU de Cobre	Minipílula
Idade < 40 anos	1	1	1	1 ¹	1 ²
Idade ≥ 40 anos	2	2	2	1	1 ²
Amamentação – menos de 6 semanas após o parto	4	4	3	A1B3	3
Amamentação – entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	3	1	1	1 ²
Amamentação – mais de 6 meses após o parto	2 ³	2	1	1	1 ²
Obesidade	2	2	1	1	1 ²
IST (exceto Hepatites e HIV)	1	1	1	C4D2	1 ²
Tabagismo em mulheres < 35 anos	2	2	1	1	1 ²
Tabagismo em mulheres > 35 anos	3 ou 4	3 ou 4	1	1	1 ²
HAS controlada	3	3	2	1	1 ²

HAS com PAS >160 e PAD \geq 100 mmHg	4	4	3	1	2
HAS + Doença Cardiovascular	4	4	3	1	2
TEP/TVP atual ou recente	4	4	3	1	3
Histórico de TEP/TVP no passado, com ou sem uso de anticoagulante oral	4	4	2	1	2
Infarto ou AVC	4	4	3	1	2 (introdução do método) ou 3 (manutenção do método)
Dislipidemias	2 ou 3	2 ou 3	2	1	2
DM há mais de 20 anos ou Complicações Vasculares	3 ou 4	3 ou 4	3	1	2
Enxaqueca sem Aura					
< 35 anos	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método).
\geq 35 anos	3 (introdução do método) e 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) e 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)

Enxaqueca com Aura	4	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método).	1	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)
CA de mama atual ou passado	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	1	3 ou 4
Uso de anticonvulsivantes ⁴	3	2	1	1	3
Uso de TARV/HIV	2 ⁵	2 ⁵	2 ⁵	2 ou 3	2
Uso de Rifampicina/Rifabutina	3	3	1	1	2

Fonte: Brasil,2016

Notas:

¹ Se menor de 20 anos: discuta com Médico de Família ou médico da equipe (Categoria OMS: 2).

² A minipílula de Noretisterona deve ser utilizada diariamente e sem pausas, mesmo durante eventual sangramento, tipo menstruação. É importante salientar que o intervalo não deve exceder 3 horas de atraso, na tomada diária pelo risco de falha, com exceção das pílulas contendo desogestrel 75 mcg/dia, que este intervalo poderá atingir até 12h sem prejuízo da eficácia. A eficácia contraceptiva é maior durante o período da lactação. Quando as pílulas são tomadas de forma correta, ocorre menos de uma gravidez para cada 100 mulheres. Sem a proteção adicional da amamentação as minipílulas não são tão eficazes quanto a maioria dos outros métodos hormonais.

³A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilize outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

⁴Fenitoína, Carbamazepina, Topiramato, Oxcarbazepina, barbitúricos, Primidona. Não entra nessa lista o Ácido Valpróico

⁵Para mulheres em uso de TARV, a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Apesar da prescrição ser feita pelo médico, o enfermeiro deve orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

A- O Diu de cobre é categoria 1 se for introduzido em menos de 48h do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal, ou se for introduzido 4 semanas após o parto.

B- O Diu de Cobre é categoria 3 se introduzido entre 48h e 4 semanas após o parto.

C- Categoria 4 para colocação de Diu de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, Clamídia ou Gonorréia.

D - Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o Diu de cobre é categoria 2, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização).

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede estão divididos em hormonais, de barreira e os irreversíveis ou cirúrgicos, os quais são explicado no quadro abaixo:

QUADRO 2.3 – SÍNTESE DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS E DIU

Método/Responsável	Tipo disponível na rede e Classificação	Como usar / Condutas do Enfermeiro	Efeitos colaterais comuns
<p>DIU Médico e/ou Enfermeiro treinado</p>	<p>DIU de Cobre Método de Barreira</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar sempre gravidez. Priorizar inserção durante a menstruação (facilidade de inserção e descarte de gestação ao mesmo tempo); - Realizar preventivo, antes da inserção. - No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar a paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta. - Encaminhar diretamente para setor especializado em saúde da 	<ul style="list-style-type: none"> - Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; - Logo após a inserção, o efeito mais comum é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; Caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe.

		mulher do município (CBO DIU/CAUTERIZAÇÃO).	
Injeção de progestágeno (trimestral) Médico e/ou Enfermeiro	Acetato de Medroxiprogesterona 150mg Método Hormonal	- Injeção IM profunda (agulha 30x7 mm) a cada 12 semanas (ou 90 dias). - Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); - Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação; - Pode ser atrasado ou adiantado em até 14 dias. Atraso maior que 14 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, aplique o método.	- Amenorreia (comum); - Ganho de peso; - Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses; - Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.
Injeção de estrogênio /Progestágeno Médico e/ou Enfermeiro	Enantato de noretisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg Método Hormonal Combinado	- Injeção IM profunda (agulha 30x7 mm) a cada 4 semanas (ou 30 dias);	- Ganho de peso; - Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;

		<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); - Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método; - Pode ser atrasado ou adiantado em até 7 dias. Atraso maior que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, aplique o método. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração de humor: geralmente a melhora é espontânea; - Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses; - Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.
<p>Pílula combinada estrogênio/Progestágeno</p> <p>Médico e/ou Enfermeiro</p>	<p>Etinilestradiol/Levonorgestrel 0,03/0,15 mg</p> <p>Etinilestradiol/Desogestrel 0,03/0,15 mg</p> <p>Etinilestradiol/Gestodeno 0,02/0,075mg</p> <p>Método hormonal Combinado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; - Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; - Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela; <p>Em caso de esquecimento:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ganho de peso; - Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea. - Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; - Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses; - Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.

		<p>- <u>Até 12 horas</u>: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar;</p> <p>- <u>Acima de 12 horas</u>: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias;</p> <p>- <u>Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela</u>: utilizar preservativo até o término da cartela.</p> <p>Em caso de vômitos:</p> <p>Se ocorrer no período de 2 horas após a ingestão do comprimido, orientar ingerir outra pílula assim que possível.</p>	
<p>Pílula de</p> <p>Progestágeno isolado</p> <p>Médico e/ou</p> <p>Enfermeiro</p>	<p>Noretisterona 0,35 mg</p> <p>Método hormonal</p>	<p>- Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto;</p>	<p>- Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses.</p> <p>- Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar</p>

		<p>- Tomar na mesma hora todo dia e manter aleitamento materno exclusivo.</p> <p>OBS: Não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias.</p>	<p>paciente e, se necessário, avaliar com médico da equipe.</p>
<p>Métodos cirúrgicos Irreversíveis Médico e enfermeiro</p>	<p>Laqueadura Tubária Vasectomia</p>	<p>- Usuário consulta na APS e relata desejo de método cirúrgico.</p> <p>-Encaminhar para planejamento reprodutivo no setor de saúde da mulher, nas quartas-feiras das 13:30 às 15:30h, utilizando o CBO médico urologista, para os homens e CBO médico gineco obstetra, para as mulheres.</p>	<p>- Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica;</p> <p>- Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe ou referenciar para serviço de urgência.</p>

Quando contraindicados os métodos hormonais, os métodos de barreira disponíveis na rede municipal deverão ter seu uso orientado pela equipe de saúde, como no caso dos preservativos masculino e feminino, além do Dispositivo Intrauterino (DIU), a ser inserido por profissional capacitado. Fonte: Brasil, 2016.

2.2.1 INFORMAÇÕES ÚTEIS SOBRE O DIU

- Não há evidências para a recomendação de antibioticoterapia e/ou remoção do DIU em mulheres assintomáticas com citologia cervical positiva para *Actinomyces* (bacilo anaeróbio *gram* positivo integrante da flora vaginal e gastrintestinal normais). Nesse caso, é importante questionar e examinar a paciente sobre sinais e sintomas de DIP, procedendo conforme protocolo.

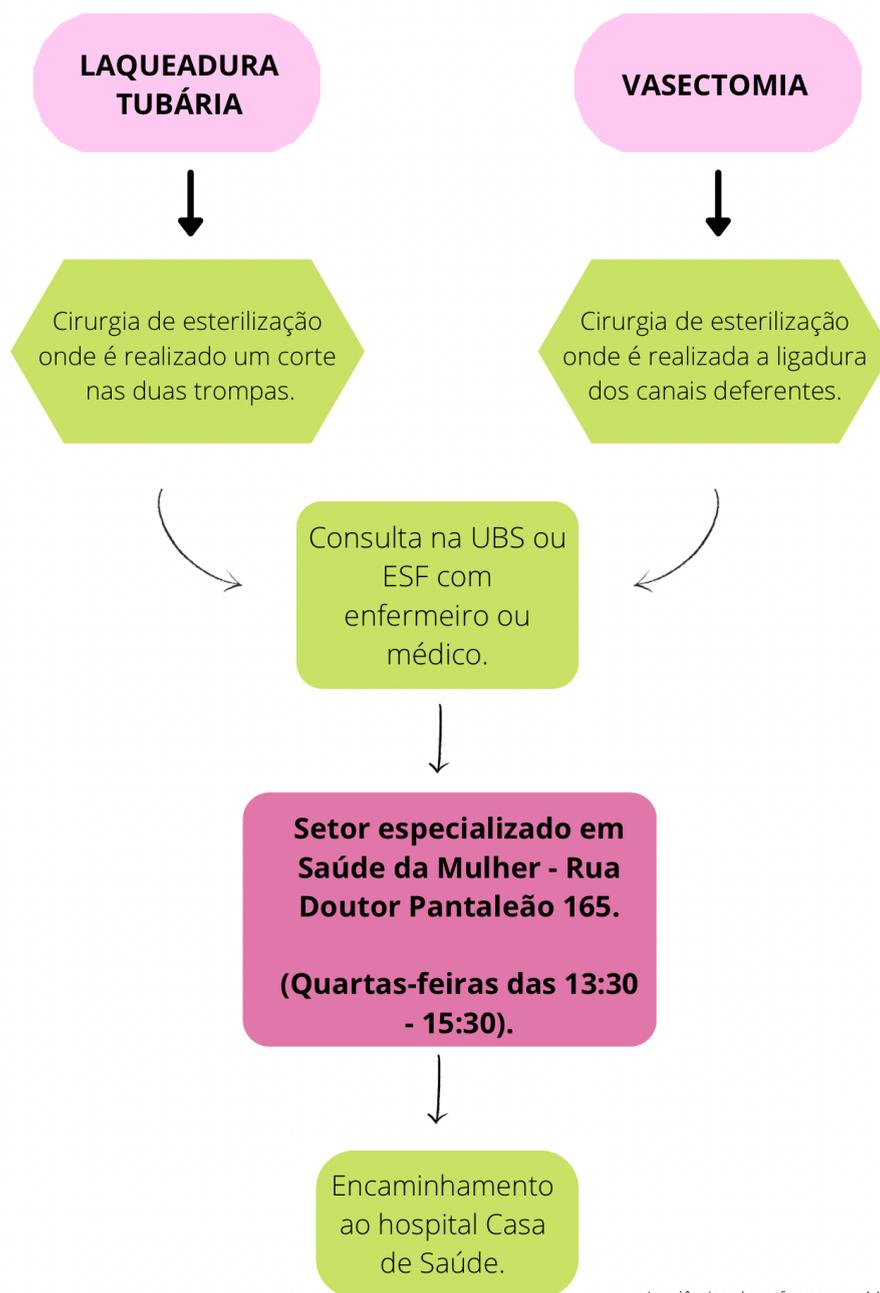
- Nuligestas e nulíparas podem utilizar o método, no entanto as taxas de expulsão do dispositivo são discretamente mais elevadas;

- Evitar se: IST nos últimos 3 meses, doença inflamatória pélvica atual, sangramento vaginal não explicado, útero/colo alterados;

- O DIU costuma ser eficaz se introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal; ou após 4 semanas do parto;

- Nas demais situações, pode ser introduzido em qualquer período do ciclo menstrual, desde que afastada a possibilidade de gravidez. Sugere-se que seja dada preferência para a colocação durante o ciclo menstrual uma vez que os processos fisiológicos que ocorrem no colo uterino nesse período facilitam a colocação do dispositivo e reduzem o desconforto feminino.

FLUXOGRAMA 2.1 – ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA E MASCULINA, MÉTODOS DEFINITIVOS:



2.2.2 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência consiste no método anticonceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada após uma relação sexual desprotegida, ou falha conhecida ou presumida do método de rotina, conforme abaixo:

- 3 ou mais dias de esquecimento consecutivos de comprimidos contraceptivos orais combinados;
- Pílula apenas com progestágeno (minipílula) tomada com mais de 3 horas de atraso;
- Contraceptivo injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito) aplicada com mais de 4 semanas de atraso;
- Contraceptivo injetável mensal (estrogênio e progestágeno) aplicada com mais de 7 dias de atraso;
- Erro de cálculo do método de abstinência periódica, ou a incapacidade de abster-se ou usar um método de barreira nos dias férteis do ciclo;
- Expulsão do DIU;
- Rompimento ou deslocamento do preservativo durante o ato sexual.

É extremamente importante a contracepção de emergência ser utilizada em até 72 horas após o coito, já que após isso o método perde muito a sua eficácia. No entanto, a administração da contracepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida ainda oferece efeito contraceptivo.

Apesar da facilidade de acesso ao método, que pode ser prescrito pelo enfermeiro, a **contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo e familiar**, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pela paciente. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da Anticoncepção de Emergência (AE) compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição.

A anticoncepção de emergência deve ser feita com 1,5 mg de levonorgestrel em dose única.

Caso a rede municipal de saúde tenha disponível somente os comprimidos de 0,75 mg, é necessário, portanto, orientar que a mulher tome dois comprimidos juntos para o efeito desejado.

Observações:

- Se houver vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose, após uso de um antiemético e de se alimentar;
- Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única (4 comprimidos);
- **Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.**
- Explicar que após tomar pílulas de contracepção a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada, mas numa porcentagem importante dos casos, a menstruação ocorre na data esperada com uma variação com uma de três dias para mais ou para menos;
- Quando iniciar o uso de um método anticoncepcional regular após a contracepção de emergência: métodos de barreira, imediatamente, no caso do DIU e outros anticoncepcionais aguardar a próxima menstruação;
- Aconselhar a mulher a retornar ao serviço de saúde se a sua próxima menstruação for bastante diferente da usual, especialmente se: se for escassa, e isso não corresponder ao usual, não ocorrer dentro de 4 semanas (gravidez é possível), se for dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica), porém anticoncepção de emergência não causa gravidez ectópica.

3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

No Brasil, o câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2018).

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea.

A citologia oncótica (Papanicolau, colpocitopatológico, Pap test, entre outros) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada pelo Ministério da Saúde, para todas as mulheres entre 25 a 64 anos, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres (grupo que menos se submete ao exame). O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.

Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a técnica correta de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

O quadro abaixo procura explicitar as situações referentes à coleta de citopatológico, quando direcionado ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

É atribuição da atenção básica prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção de saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológicos de colo de útero alterado.

3.1 Adequabilidade da amostra do exame citopatológico

A parede do colo do útero é formada pela endocérvice e pela ectocérvice, e a ligação de ambas, a JEC, pode ter sua localização modificada de acordo com o estado hormonal, com o período gestacional, a ocorrência de parto vaginal ou, ainda, devido à traumas locais. No material coletado, espera-se encontrar células representativas dos epitélios que compõem o colo uterino:

- **Células escamosas** - tipos celulares presentes na ectocérvice.
- **Células glandulares** - tipos celulares presentes na endocérvice.
- **Células metaplásicas** - tipos celulares presentes na JEC.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da JEC, tem sido considerada indicador da qualidade da coleta, por ser nesse local onde se situa a maioria dos cânceres do colo do útero (UFRGS, 2021).

Atenção! A metaplasia é um processo fisiológico do colo do útero, que é dinâmico e responsivo hormonalmente. O achado dessas células no resultado do exame citopatológico não indica nenhuma lesão e não requer nenhuma alteração na rotina de rastreamento ou encaminhamentos (UFRGS, 2021).

3.2 Prevenção primária do câncer do colo de útero

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. É um vírus que apresenta mais de 150 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos, associados a neoplasias malignas do trato genital. Os tipos de HPV de alto risco oncogênico são detectados em 99% dos cânceres do colo do útero sendo os mais comuns os HPVs 16 e 18 que, em conjunto, são responsáveis por cerca de 70% destes casos (BRASIL, 2018).

O HPV é transmitido por contato direto com uma pessoa infectada, sendo que a principal forma de transmissão é por via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital. A infecção genital pelo HPV também pode ser transmitida durante o parto ou, ainda, através de instrumentos ginecológicos não esterilizados. Atualmente, a vacinação contra o HPV é a medida mais eficaz para prevenção contra a infecção. O SUS oferece a vacina HPV quadrivalente (Quadro 2.4), protegendo contra a infecção dos subtipos 6, 11, 16 e 18 do papilomavírus humano (BRASIL, 2018).

Quadro 2.4 - Indicação da vacina contra o HPV.

Público	Faixa etária	Doses
Meninas	9 a 14 anos	Administrar 2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses.
Meninos	11 a 14 anos	Administrar 2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses.
Meninas e mulheres que vivem com HIV, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes com neoplasias	9 a 45 anos	Administrar 3 doses da vacina com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).
Meninos e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos	11 a 26 anos	Administrar 3 doses da vacina com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Ministério da Saúde (2018,2021,2021).

QUADRO 3.1 - RECOMENDAÇÕES PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO EM MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS

Situação	Recomendações
<p>Mulheres que não iniciaram a vida sexual</p>	<p><u>Mulheres que nunca tiveram nenhum tipo de relação sexual não devem ser submetidas ao rastreamento.</u> É válido considerar que as mulheres podem ter uma variedade de razões para não revelar a atividade sexual anterior, incluindo questões sociais, religiosas e culturais, ou expectativas sobre modéstia, virgindade e vergonha, bem como resistência em reconhecer abuso sexual anterior. Mulheres que foram violentadas sexualmente frequentemente relutam em reconhecer essa história, e o abuso pode estar na base da decisão de se abster e não se envolver em atividades sexuais subsequentes. Além disso, o HPV pode ser transmitido pelo toque genital pele a pele, o que os pacientes podem não considerar como atividade sexual.</p>
<p>Gestantes</p>	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, incluindo a coleta de endocérvice. O colo do útero da mulher grávida é mais congestionado, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, considerando a exteriorização da junção escamocolumnar (JEC) no período gravídico, porém <u>não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto.</u> O pré-natal é uma oportunidade para o rastreamento, principalmente em serviços com dificuldade de ampliar o acesso a todas as mulheres. A coleta pode ser realizada em qualquer idade gestacional, não sendo conveniente postergar para o puerpério. É sempre válido considerar a história individual de cada mulher. Mulheres com histórico prévio de perdas gestacionais podem se sentir inseguras com o procedimento,</p>

	principalmente no primeiro trimestre de gestação. Isso deve ser discutido e respeitado para que não haja associação entre desfechos negativos e o exame citopatológico.
Climatério e Pós-menopausa	<p>Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.</p> <p>- Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial, realizar estrogenização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 48 horas antes da coleta.</p> <p>Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem tratamento com inibidores da aromatase para câncer de mama, a terapia com estrogênio está contraindicada.</p> <p>Caso a vaginite/colpite atrófica gere queixas, realizar interconsulta médica.</p>
Histerectomizadas	<p><u>Histerectomia total:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Por lesões benignas:</u> sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (pré-histerectomia). • <u>Por lesão precursora ou câncer do colo do útero:</u> deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada. <ul style="list-style-type: none"> - <u>lesão precursora</u> - controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; - <u>câncer invasor</u> - controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. <p><u>Histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero):</u> deve seguir rotina de rastreamento.</p>
Mulheres infectadas pelo vírus HIV,	O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos;

<p>imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses. - Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina. Mulheres imunocompetentes vivendo com HIV e tratadas adequadamente com terapia antirretroviral apresentam história natural semelhante às demais mulheres.
<p>Mulheres que buscam a US para realização da citologia oncótica em função de corrimentos</p>	<p>Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.
<p>Lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres</p>	<p>A prática sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres é passível de infecções sexualmente transmissíveis, seja através do sexo oral, seja com o compartilhamento de acessórios. Assim, o rastreamento está indicado independentemente da orientação ou prática sexual da mulher, seguindo as recomendações de periodicidade e faixa etária.</p>
<p>Homens transexuais e transmasculinidades</p>	<p>O rastreamento deve seguir a mesma recomendação de faixa etária e periodicidade, se já tiveram ou têm atividade sexual.</p> <p><u>Homens trans e demais pessoas transmasculinas tem a mesma chance de desenvolver câncer de colo uterino que mulheres cisgênero</u>, mas o rastreamento tende a ser negligenciado nessa população. Além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maior desconforto ao exame. A realização do exame não pode ser considerada uma condição para que a pessoa seja acompanhada no</p>

	serviço de saúde por outro motivo, embora seja relevante sempre considerar a oportunidade do contato de homens trans e pessoas transmasculinas para a oferta do rastreamento.
--	---

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2017 e TelessaúdeRS-UFRGS, 2021.

No caso de os resultados não se apresentarem normais ou com amostra insatisfatória, é sugerida uma rotina de apazamento e encaminhamentos conforme recomendações do INCA e Ministério da Saúde, descrita no quadro abaixo 3.2, considerando outros achados clínicos descritos no quadro 3.3.

QUADRO 3.2 RECOMENDAÇÕES E CONDUTAS CONFORME OS RESULTADOS DO EXAME

Resultado	Especificação	Recomendações
Dentro dos limites da normalidade no material examinado.		- Seguir rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura.		- Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Reparação.		- Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas e reparativas).		- Seguir a rotina de rastreamento citológico.

<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lactobacillus sp.</i>; - Cocos; - Bacilos supracitoplasmático (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>); - <i>Cândida sp.</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo Quadro 1.1.
<p>Atrofia com inflamação.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Seguir a rotina de rastreamento citológico. - Na eventualidade de um laudo de exame citopatológico, mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no Quadro 3.1.
<p>Indicando radiação.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Seguir a rotina de rastreamento citológico. - O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame;
<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Clamídia sp.</i>; - Efeitos citopático compatível com vírus do grupo herpes; - <i>Trichomonas Vaginallis</i>; - <i>Actinomyces sp.</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - A colpocitologia oncótica não é um método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microorganismos, tais achados microbiológicos são oportunidades para identificação de agentes que devem ser tratados.

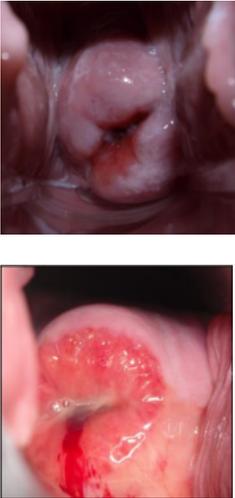
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>Clamídia, Gonococo e Trichomonas</i>: mesmo que sintomatologia ausente como na maioria dos casos de infecção por Clamídia e Gonococos, seguir esquema da mulher e tratamento do parceiro. - <i>Actinomyces sp</i>: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.
- Herpes Vírus		<ul style="list-style-type: none"> - O tratamento é realizado em casos de presenças de lesões ativas de herpes genital e somente pelo médico.
Atipias de Significado Indeterminado	<p>Em células escamosas;</p> <p>Provavelmente não neoplásica.</p> <p>- Não se pode afastar lesão de alto grau;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repetição da citologia em 06 ou 12 meses na unidade básica de saúde. - Se dois exames subsequentes com intervalo de 06 meses (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trianual; - Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia, no setor especializado em saúde da mulher do município (GINECO-COLPO).

	<ul style="list-style-type: none"> - Em células glandulares; provavelmente não neoplásica; -não se pode afastar lesão de alto grau. - De origem indefinida; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para a colposcopia, no setor especializado em saúde da mulher do município (GINECO-COLPO).
Lesão Intraepitelial de baixo grau	--	<ul style="list-style-type: none"> - Repetição da citologia em 6 meses: - Se 2 exames negativos, seguir rotina de rastreamento; - Se igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
Lesão Intraepitelial de alto grau	--	Encaminhar para colposcopia com Urgência, no setor especializado em saúde da mulher do município (CBO GINECO-COLPO)
Lesão Intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor	--	Encaminhar para colposcopia com Urgência, no setor especializado em saúde da mulher do município (CBO GINECO-COLPO)

Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor	--	Encaminhar para colposcopia com Urgência, no setor especializado em saúde da mulher do município (CBO GINECO-COLPO)
Amostra Insatisfatória	--	Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória, porém com presença de células escamosas apenas	--	Repetir o exame com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2017

QUADRO 3.3 – ACHADOS CLÍNICOS COMUNS E ALTERADOS NO COLO UTERINO

Achado Clínico	Explicação	Conduta
<p data-bbox="210 344 472 448">Ectopia</p> 	<p data-bbox="472 344 1169 600">Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos</p>	<p data-bbox="1169 344 2051 600">Não há indicação de intervenção na maioria dos casos. É fundamental reforçar a importância do uso de preservativos tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais suscetível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia.</p> <p data-bbox="1169 616 2051 935">Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas da usuária (sangramento após relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.</p>
<p data-bbox="210 991 472 1031">Cisto de Naboth</p> 	<p data-bbox="472 991 1169 1078">São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais</p>	<p data-bbox="1169 991 2051 1078">Não há necessidade de encaminhamentos, já que não há intervenção necessária.</p>

<p>Pólipos Cervicais</p> 	<p>Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical. São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos.</p>	<p>Encaminhar ao ginecologista para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumenta; sangramento discreto entre as menstruações.</p>
	<p>Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite coalhado) sugestivo de colpíte por <i>Candida Albicans</i>.</p>	<p>Tratar conforme quadro 1.1</p>
	<p>Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por <i>Trichomonas vaginalis</i>.</p>	<p>Tratar conforme quadro 1.1</p>
	<p>Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>.</p>	<p>Tratar conforme quadro 1.1</p>

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2017

INDICADOR Nº 4 PORTARIA PREVINE BRASIL - COBERTURA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS

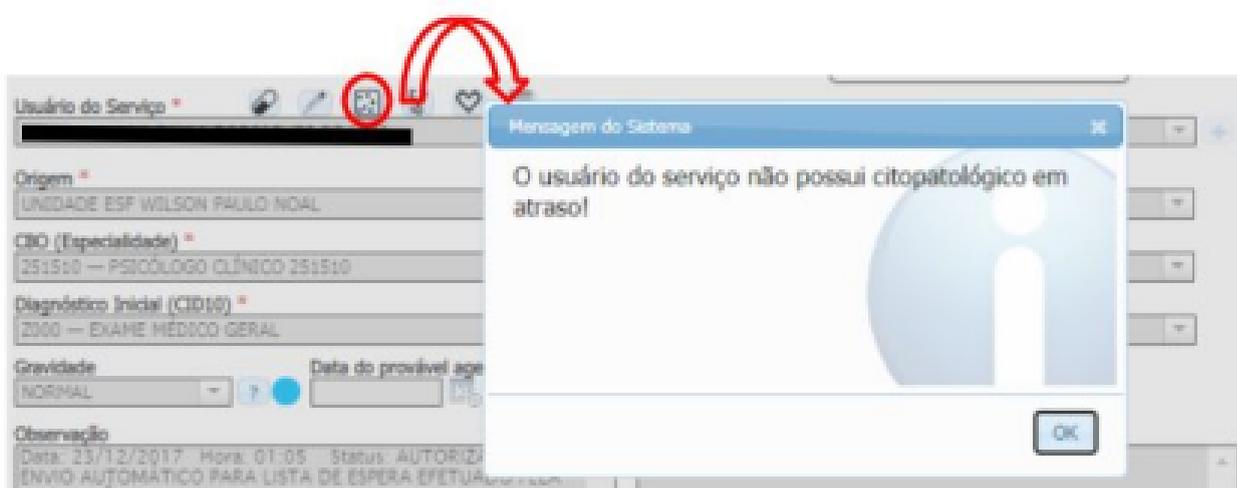
Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos atendidas na atenção primária à saúde, que realizaram um exame citopatológico do colo do útero no intervalo de 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária, estimadas no município. A meta para alcance do indicador, de cada equipe, é de 40% no quadrimestre.

Para registro adequado no sistema de informação do município, as equipes devem registrar o procedimento dentro de uma consulta na aba SOAP.

REGISTRO NO SISTEMA: marcação de campo rápido ou SIGTAP correspondente: 02.01.02.003-3 - coleta de material para exame citopatológico de colo uterino

Orientamos registrar no item Plano do SOAP → Intervenção e/ou procedimentos clínicos → “Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino”.

No atendimento da paciente, pode ser verificado se a mesma está com citopatológico em atraso, conforme exemplo da figura abaixo, clicando no item que está circulado:



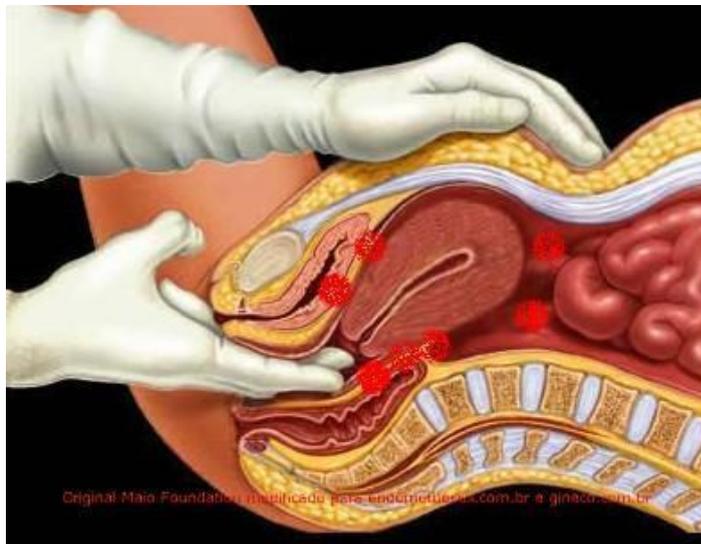
Fonte: sistema de informação MV.

3.1 TOQUE BIMANUAL

O enfermeiro não deverá utilizar o toque bimanual rotineiramente, reservando sua execução aos casos de queixas/sintomas que sugiram presença de massas, alterações de volume das vísceras pélvicas, suspeita de DIP, suspeita de gestação ectópica ou sangramentos disfuncionais. Não deve ser prática rotineira nas consultas de pré-natal.

Quando recomendada sua realização, o enfermeiro deverá executá-lo somente após coletas ginecológicas, preferencialmente após exame especular. Diante de qualquer anormalidade ou dúvidas, o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com o médico.

A técnica consiste em afastar os lábios maiores e menores, introduzir os dedos médio e indicador no canal vaginal, no sentido posterior (em direção ao reto). Deve-se explorar as paredes vaginais, a cérvix, e fundo de saco buscando alterações e tumorações. A outra mão é colocada sobre o abdômen da mulher, no baixo ventre, comprimindo-o suavemente de forma a apreender e delimitar o útero, possibilitando sua descrição quanto à forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. Em situações normais, os anexos (ovários, tubas uterinas) não se encontram palpáveis.



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SÍFILIS FEMININA

Quadro 3.4 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: quadro adaptado do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, 2019.

QUADRO 3.5 - TRATAMENTO E MONITORAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO APÓS TRATAMENTO
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral - VDRL (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas . Dose total: 7,2 milhões UI IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral - VDRL (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Nota: a regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento . No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016).			

Fonte: quadro adaptado do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, 2019.

4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

4.1 AÇÕES DE RASTREAMENTO

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina.

Trata-se de uma condição muitas vezes relacionadas a fatores de risco que aumentam as possibilidades do surgimento da doença, tais como: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é realizado por meio da mamografia bianual para mulheres entre 50 e 69 anos. Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com exame clínico das mamas e mamografia anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas como tal conforme os seguintes critérios:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama ou ovário, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*;

QUADRO 3.6 – RESULTADOS DA MAMOGRAFIA E CONDUTAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Resultado Bi-rads	Conduta
0 – Inconclusivo	Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo USG de mamas a mais comum.
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento
2 – Achado Benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente Benigno	Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. <ul style="list-style-type: none">• A paciente pode ser encaminhada ao setor especializado em saúde da mulher do município (CBO GINECO-MAMA) para acompanhamento compartilhado, mantendo a atenção primária na coordenação do cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.
4 – Achado Suspeito	<ul style="list-style-type: none">• Deverão ser encaminhadas para ao setor especializado em saúde da mulher do município (CBO GINECO-MAMA) para investigação histopatológica.• A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
5 – Achado altamente Suspeito	
6 – Achado com diagnóstico de Câncer, mas não tratado	

4.2 Queixa de nódulo

Normalmente a mulher chega à unidade com queixa de nódulo, ansiosa e com medo. Se o nódulo for um novo achado no autoexame das mamas ou no exame clínico, a mamografia deve sempre ser realizada, independente da data do exame anterior. Se o nódulo palpável não tiver expressão na mamografia, a complementação com a ultrassonografia é obrigatória. Se um nódulo lobulado ou regular for identificado na mamografia, o exame deve ser complementado com a ultrassonografia para identificar se o nódulo é sólido ou cístico, diferença fundamental para determinar a conduta a ser estabelecida. Convém lembrar que a mamografia em pacientes jovens (abaixo de 30 anos) normalmente não apresenta nenhum benefício diagnóstico em virtude da alta densidade das mamas e que pela baixa incidência de câncer (menos de 0,1%), na faixa etária, a ultrassonografia é o exame de escolha para a primeira avaliação de nódulos nesses casos.

4.3 MASTALGIA E OUTROS SINTOMAS MAMÁRIOS

A mastalgia é uma queixa muito comum nos atendimentos de rotina. Pode estar relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino modulados pelo sistema endócrino ou até mesmo como sintoma de gestação.

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de mastalgia mais acentuada.

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula mamária nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher. Como entidade clínica, essas alterações podem ser definidas como uma síndrome caracterizada por dor mamária e nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, em uma ou em ambas as mamas.

Diante da queixa de mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante

apurar a presença de alterações mamárias e seguir as orientações conforme preconizado pelo MS.

Quadro 3.7 - Síntese de Prevenção de Câncer de Mama

O que fazer?	Como fazer?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.
Avaliação Global	Entrevista <ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Índice de Massa Corporal (IMC); • Antecedentes pessoais obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos); • Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história progressiva e/ou familiar de câncer de mama); • História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional); • Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele.
	Exame físico específico <ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame clínico das mamas (ECM) para investigação em caso de queixas mamárias • Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama: nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em “água de rocha”, lesão eczematosa da pele, edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo.
Plano de Cuidados	Exames para rastreamento <ul style="list-style-type: none"> • Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade – mamografia a cada dois anos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica.
	<p>Consulta pós-rastreamento mamográfico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recebimento dos laudos • Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento • Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas. • Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades.
	<p>Atividades de Vigilância em Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário. • Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento. • Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento. <p>Educação em saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer. • Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas (<i>breast awareness</i>), principais sinais e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.

5. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

5.1 AVALIAÇÃO DE RISCO NO PRÉ-NATAL

Sempre que uma mulher em idade fértil referir atraso menstrual igual ou superior a 7 dias o enfermeiro deverá questionar a possibilidade de gestação. Ainda que a mulher se diga usuária de MAC, deve ser considerada a possibilidade de falha e realizado teste rápido (TIG) ou laboratorial (Beta HCG). Se positivo, as medidas iniciais de pré-natal deverão ser realizadas, a começar pela classificação de risco gestacional.

Ao enfermeiro caberá acompanhar o pré-natal de risco habitual e encaminhar ao alto risco perante as situações conforme Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco) do RegulaSUS/TelessaúdeRS.

5.2 ROTEIRO DE CONSULTAS

É importante a captação precoce (1º trimestre) das gestantes - a escuta qualificada, de responsabilidade de toda equipe, junto à disponibilidade de acesso em atendimento por demanda espontânea, garantem com que o atendimento Pré-natal inicie no primeiro trimestre. É importante que sejam realizadas todas as avaliações necessárias e que elas estejam registradas tanto no prontuário como na Caderneta da Gestante.

As consultas preferencialmente devem ser intercaladas entre enfermeiro e médico clínico ou de saúde da família e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante. No entanto, o enfermeiro pode conduzir todo o Pré-Natal de risco habitual conforme recomendação do Ministério da Saúde.

É importante que sejam realizadas no mínimo seis consultas, considerando sempre a qualidade e preferencialmente o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – Mensal
- De 28 até 36 semanas – quinzenal
- Após 36ª semana – semanal

QUADRO 5.1 – SÍNTESE DE CONDUTAS CONFORME O TRIMESTRE DA GESTAÇÃO:

Trimestre	Roteiro	Observações
1ª Consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal; - Antecedentes familiares. - Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da DUM; - Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Solicitação dos exames da rotina do 1º trimestre - Encaminhamento para odontologia; - Prescrição de Ácido Fólico 0,4mg; - Coletar citopatológico de colo de útero conforme rotina de rastreamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção a identificação de riscos; - Prescrever Ácido Fólico 0,4mg ou 4 microgramas ao dia até 12 semanas de gestação (pelo que tem disponível no município, só temos o ácido fólico gts e o preconizado são 50 gts/dia). - Prescrever sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto; - É fundamental explicar sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mulher e do feto. O tratamento farmacológico (incluindo a reposição de nicotina) é contraindicado para gestantes e nutrizes. <p># Exames de Rotina do 1º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Tipagem sanguínea e fator RH - EQU e urocultura - Glicemia de jejum - Toxoplasmose IgG e IgM*

	<ul style="list-style-type: none"> - Devido à alta incidência de IST's no município, recomenda-se a realização de TR ou sorologias em todas as parcerias da gestante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teste rápido para HIV (ou anti HIV) - Teste rápido para sífilis (ou VDRL) - Teste rápido para hepatite B ou sorologia - Teste rápido para hepatite C ou sorologia - Ultrassonografia obstétrica a partir da 13ª semana; <u>*Atentar para orientação do município de coleta mensal, independente de resultado.</u>
1º Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e o ganho de peso gestacional. - Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção para as alterações da pressão arterial; - Atentar para queixas de leucorreia, questionando a gestante em relação à coloração e odor da secreção, observar mediante realização de exame especular e tratar se necessário.
2º Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2ª rotina de exames - Realizar teste de Proteinúria se Hipertensão Arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção para identificação de risco, alteração da PA e no crescimento uterino; # Exames de Rotina do 2º trimestre: - Teste de Tolerância Oral para Glicose com 75g (jejum, 1ª hora e 2ª hora) realizado entre a 24ª e 28ª semana. - EQU e urocultura - - Toxoplasmose IgG e IgM* - Coombs Indireto - se Rh negativo (Mensal, a partir da 24ª semana)

		<p>* <u>Atentar para orientação do município de coleta mensal, independente de resultado.</u></p>
3º Trimestre	<p>Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e o ganho de peso gestacional. - Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3ª rotina de exames - 	<p># Exames de Rotina do 3º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - EQU - Urocultura e antibiograma - Glicemia de jejum - Toxoplasmose IgG e IgM * - Teste rápido para HIV (ou anti- HIV) - Teste rápido para sífilis (ou VDRL); - Teste rápido para hepatite B ou sorologia; - Teste rápido para Hepatite C. <p>* Atentar para orientação do município de coleta mensal, independente de resultado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O aumento da frequência de consultas no final da gestação se deve à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns neste trimestre. - Atenção para identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Não existe alta do Pré Natal; - Se o parto não ocorrer até a 41ª semana, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal e possível indução.

Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico

– Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros:

- até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- 20ª até 30ª semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina;
- 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel.

- Pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral).

Observação: A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação.

Recomendação: A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM. Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação.

QUADRO 5.2 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

<p>Hemoglobina e hematócrito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina > 11g/dl – normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<p>Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no Fluxograma 5.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se anemia grave, encaminhar ao C.O para avaliação, concomitante ao pré-natal de alto risco.
<p>Eletroforese de hemoglobina (Exame não disponibilizado pelo município)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. • As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).
<p>Tipo sanguíneo e fator Rh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. • A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo 	<p>Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto mensalmente, após 24^a semana.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto (Se Rh negativo)	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada <ul style="list-style-type: none"> – Referenciar ao alto risco • Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. <ul style="list-style-type: none"> - Repetir exame de 4/4 semanas; - Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+). 	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: Referenciar ao alto risco • Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> - Repetir exame de 4/4 semanas; - Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em Jejum	<ul style="list-style-type: none"> • < 92mg/dL: normal • Entre 92 e 125mg/dL: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) • Se \geq 126 mg/dL: Diabetes Mellitus (DM) 	<p>Se resultado alterado na glicemia de jejum no 1º trimestre, confirmar com nova glicemia de jejum.</p> <p>Confirmado o diagnóstico de DMG ou DM, solicitar TOTG, se menor de 24 semanas gestacional.</p>

		<p>Descartando o diagnóstico: rotina de pré-natal de risco habitual.</p> <p>- Para monitorização glicêmica no domicílio, a gestante poderá retirar em comodato um glicosímetro e fitas, na Farmácia Municipal, mediante laudo médico.</p>
<p>-Teste de tolerância à glicose 3 pontos (jejum, 1 e 2 horas após-sobrecarga com 75g de glicose anidro)</p> <p>-Para todas as gestantes a partir de 24 semanas</p> <p>-Para gestantes com menos de 24 semanas, somente se rastreio positivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jejum: < 92mg/dL: normal • 1ª hora: < 180 mg/dL: normal • 2ª hora: ≤ 153 mg/dL: normal 	<p>Diagnóstico de DMG – ao menos um valor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejum: 92 a 125 mg/dL • 1ª hora: ≥ 180 mg/dL • 2ª hora: 153 a 199 mg/dL <p>Diagnóstico de DM – ao menos um valor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejum: ≥ 126 mg/dL • 2ª hora: ≥ 200 mg/dL
<p>Urina Tipo 1 (EQU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado se > 10 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente: -Enfermeiro poderá prescrever o tratamento medicamentoso apenas se primeira evidência

	<ul style="list-style-type: none">• Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	<p>laboratorial de ITU (urocultura positiva acompanhada de antibiograma).</p> <p>Atenção: Enfermeiro não faz tratamento de ITU de repetição.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referenciar ao pré-natal de alto risco.• Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.• Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: referir à emergência obstétrica• Proteinúria maciça: Referir a gestante ao pré-natal de alto risco.• Pielonefrite: Referir imediatamente à emergência obstetrícia• ITU refratária ou de repetição: referir ao alto risco• Ver Fluxograma 5.2
--	---	--

<p>Urocultura e antibiograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver Fluxograma 5.2
<p>Teste Rápido de Proteinúria (fazer quando suspeita de pré-eclâmpsia, em pacientes com PA > 140/90 mmHg a partir de 20 semanas gestacionais).</p>	<p>Normal: Ausência a <10mg\dl Traços: Entre 10 a 30mg\dl +: 30 mg\dl ++: 40 a 100mg\dl +++: 150 a 350mg\dl ++++: >500mg\dl</p>	<p>A presença de proteinúria (+ ou mais) deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24h, sendo um dos sinais de diagnósticos de pré-eclâmpsia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao Centro Obstétrico (CO). • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
<p>Teste Rápido para Sífilis (ou VDRL)</p>	<p>Lembramos que a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre no estágio de latência da sífilis, já que esses exames</p>	<p>Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico</p>

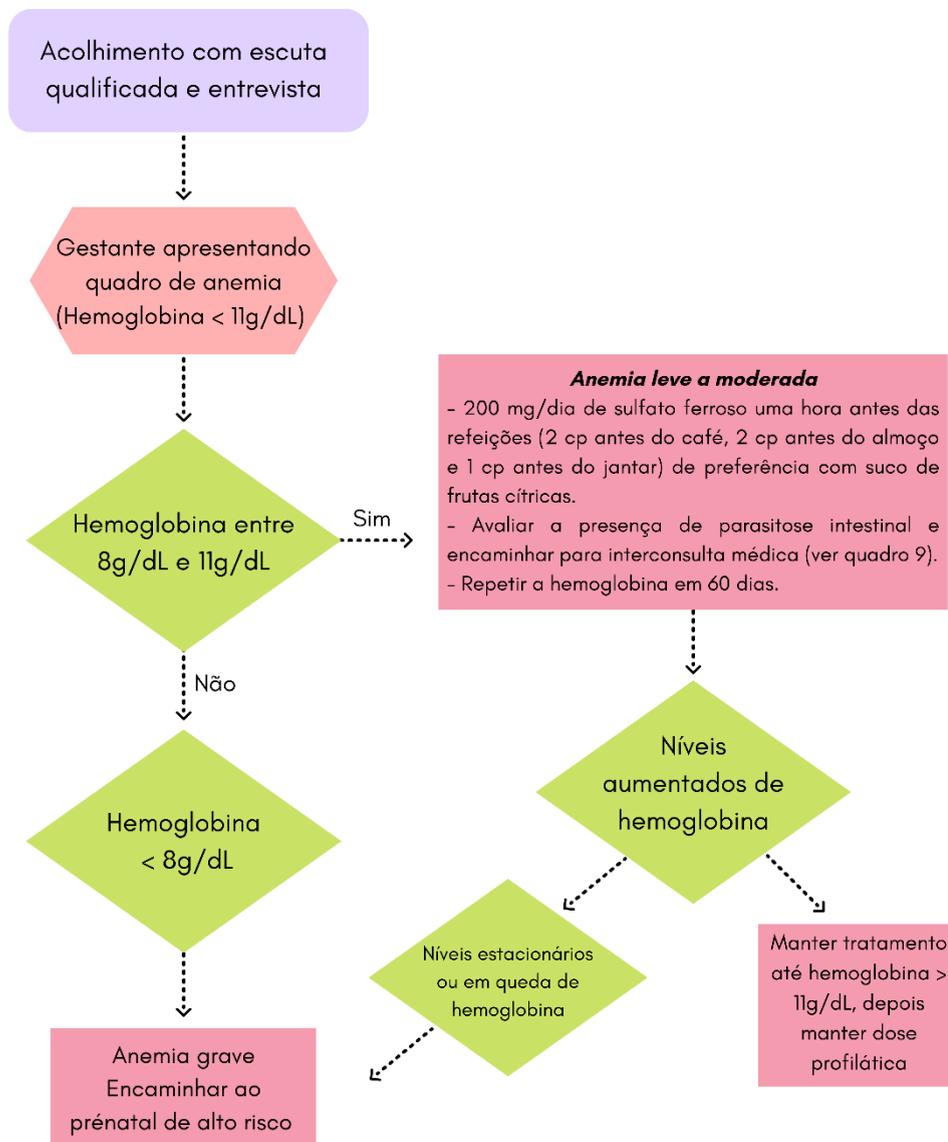
	<p>geralmente ocorrem durante a rotina do pré-natal e nem sempre a cronologia do tempo de infecção é bem determinada. Portanto, diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), classifica-se e trata-se como sífilis latente tardia, cujo esquema terapêutico é:</p> <p>Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM.</p> <p>*Vide mais informações na página 82</p>	<p>ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste.</p> <p>O VDRL deve ser solicitado imediatamente para iniciar o monitoramento e depois deve ser realizado mensalmente para monitoramento da resposta do tratamento na gestante e a cada três meses para as parcerias sexuais, no primeiro ano.</p> <p>Avaliar e SEMPRE tratar as parcerias.</p> <p>Em caso de histórico de tratamento anterior avaliar VDRL.</p> <p>Realizar Notificação.</p>
<p>Teste Rápido de HIV (ou sorologia laboratorial)</p>	<p>Se Reagente, realizar teste 2 (confirmatório).</p>	<p>Mantendo resultado reagente, encaminhar para CTA Casa 13 de Maio.</p> <p>A gestante somente será encaminhada para o AGAR se tiver outra comorbidade.</p> <p>OBS: gestantes em uso de PreP (profilaxia pré-exposição) e PEP (profilaxia pós exposição ao HIV) não devem ser orientadas a cessar o uso da medicação.</p>

<p>Teste Rápido de Hepatite B</p>	<p>Se TR reagente, solicitar sorologia laboratorial (HbsAg), TGO e TGP.</p>	<p>Se reagente, encaminhar para CTA Casa 13 de Maio. Fazer Notificação.</p>
<p>Teste Rápido de Hepatite C</p>	<p>Se TR reagente, solicitar sorologia laboratorial (anti-HCV), TGO, TGP e PCR para HCV.</p>	<p>Se reagente, encaminhar para CTA Casa 13 de Maio. Fazer a notificação.</p>
<p>Sorologia para Toxoplasmose</p>	<p>IgG e IgM não reagentes: Gestante Susceptível IgG Reagente e IgM Não reagente: Gestante com infecção pregressa. IgG e IgM reagentes ou IgG não reagente e IgM reagente: infecção muito recente ou falso positivo. Encaminhar para atendimento médico para iniciar o tratamento imediatamente e repetir o exame em 3 semanas.</p> <p style="text-align: center;">Notificar imediatamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar avidéz. - Encaminhar ao pré-natal de alto risco. 	<p>Em caso de infecção, encaminhar para Pré-natal de Alto Risco e iniciar tratamento em interconsulta/consulta médica.</p> <p>Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● lavar as mãos ao manipular alimentos; ● lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ● não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); ● evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ● evitar contato com fezes de gato no

		<p>lixo ou no solo;</p> <ul style="list-style-type: none">• após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;• não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;• propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha;• alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;• lavar bem as mãos após o contato com os animais.• Atentar para as orientações referentes à dispensação de medicamentos para tratamento da toxoplasmose, que
--	--	---

		deverão ser retirados na farmácia de medicamentos especiais da 4ª CRS.
Coleta de Citopatológico		Coletar de acordo com a necessidade (verificar o Capítulo de Prevenção de Câncer de Colo de Útero).

FLUXOGRAMA 5.1 – O QUE FAZER NA ANEMIA GESTACIONAL



A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer,

mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

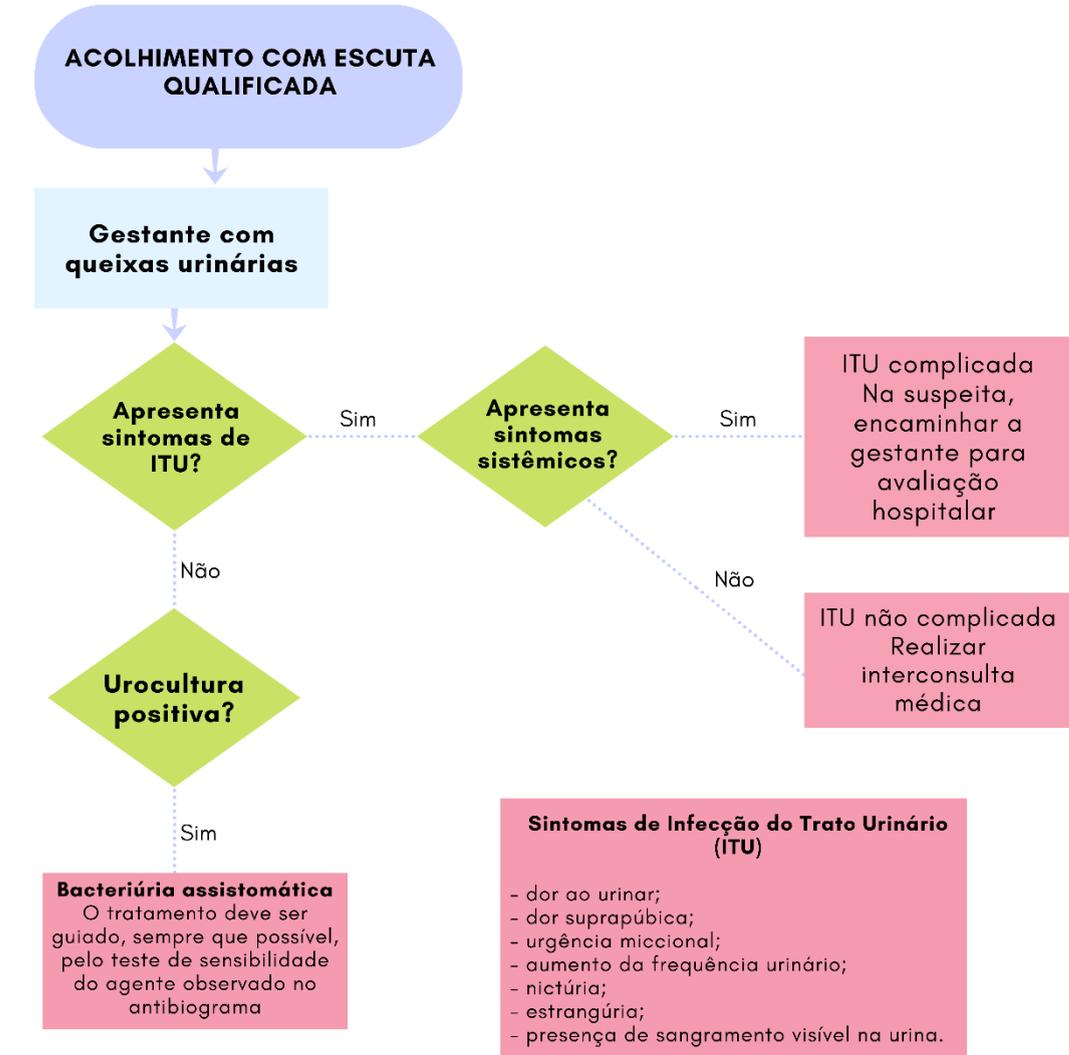
- Sulfato ferroso: um comprimido de 200mg de Fe = 40mg de Ferro elementar.

- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.

- Profilático: 1 comprimido/dia a partir da 20ª até o 3º mês após o parto

- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

FLUXOGRAMA 5.2 – O QUE FAZER NAS QUEIXAS URINÁRIAS EM GESTANTES*



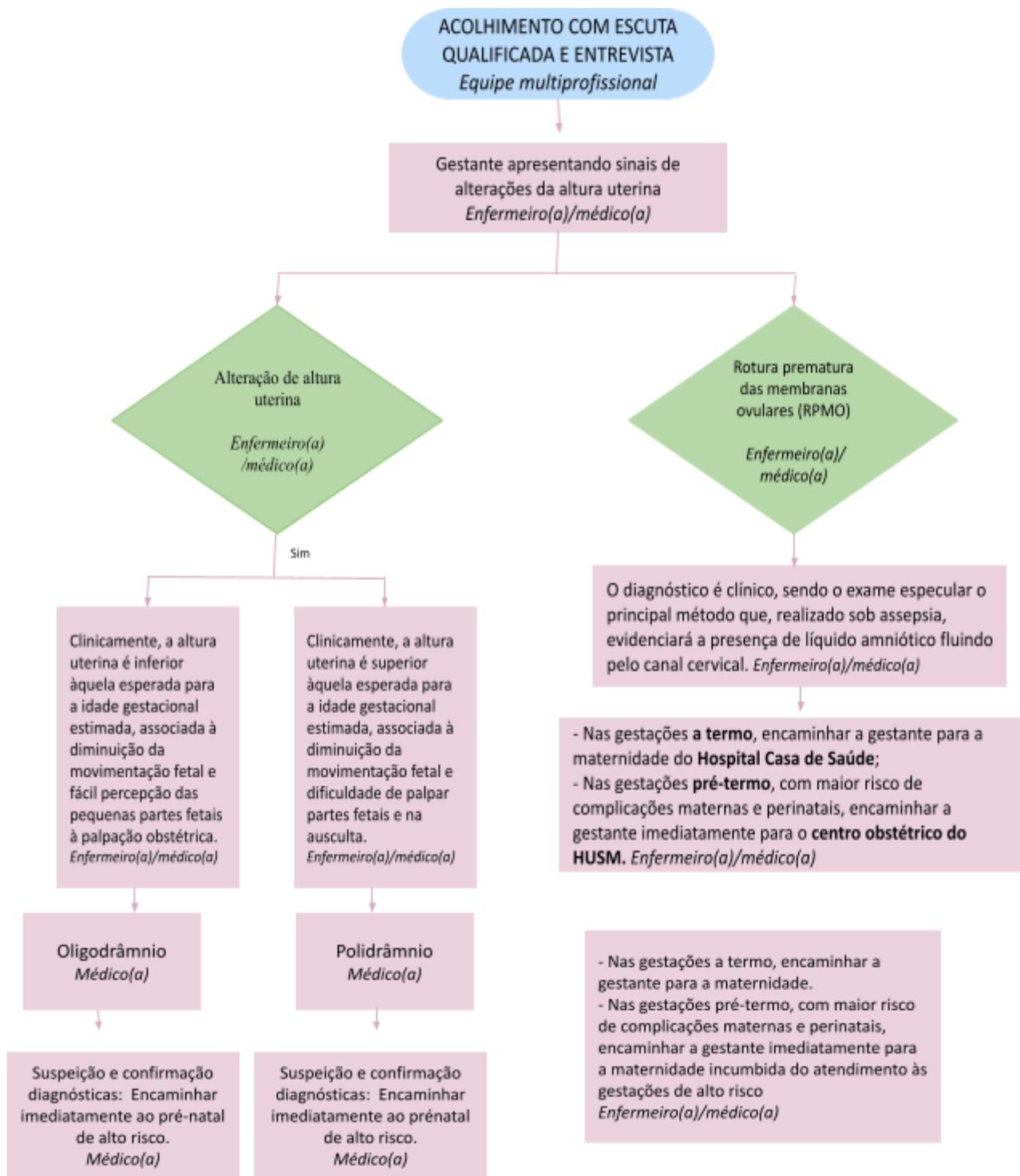
Antibiótico de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática:

- Nitrofurantoína 100mg - uma cápsula de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina 500mg - uma cápsula de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato 500mg - uma cápsula de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.
- Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento.
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016

*Na ausência de profissional médico para tratamento empírico de infecção do trato urinário na gestante, na Unidade Básica de Saúde, o enfermeiro poderá solicitar **exame qualitativo de urina (EQU) de urgência ao laboratório**, conforme este protocolo.

FLUXOGRAMA 5.3 - O QUE FAZER NAS ALTERAÇÕES DA ALTURA UTERINA



- No diagnóstico diferencial da RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica.

- Na RPMO, embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, a presença de oligodrâmnio.

- Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

QUADRO 5.3 – IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE

Vacina	Situação	Doses	Esquema Indicado	Observações
dT \ dTpa	Esquema vacinal desconhecido Não vacinada	3 doses	1ª dose: dT (em qualquer idade gestacional) 2ª dose: dT (após 60, ou, no mínimo 30 dias da 1ª dose) 3ª dose: dTpa (após 60, ou, no mínimo 30 dias da 2ª dose, preferencialmente entre 27ª e 36ª semana)	Caso iniciado o esquema tardiamente para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa. A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores. Para gestantes em área de difícil acesso ou com baixa aderência ao pré-natal, administrar a dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações neste quadro, visando não perder a oportunidade.
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma dTpa,	

			preferencialmente entre a 27ª e a 36ª semana de gravidez.	
	Esquema com três doses de dT	Uma dose de dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e a 36ª semana de gravidez.	
	Vacinação completa	Uma dose de dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e a 36ª semana de gravidez.	
Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido; Não vacinada; HbsAg (-)	Três doses	1ª dose 2ª dose: após 30 dias da 1ª dose; 3ª dose: após 6 meses da 1ª dose.	Se esquema iniciado, completar com as doses faltantes.
	Esquema Incompleto	Completar Esquema	Conforme número de doses faltantes	
Influenza	Em qualquer período gestacional	Dose única	Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério.
COVID 19	Em qualquer período gestacional e ou pós parto	2 doses mais um reforço (se maior de 18 anos)	1ª dose: em qualquer período gestacional.	Usar vacina que não contenha vetor viral (Pfizer).

			<p>2ª dose: 21 semanas da primeira dose.</p> <p>Reforço (se for maior de 18 anos): 4 meses da segunda dose.</p>	
--	--	--	--	--

QUADRO 5.4 - EXAME CLÍNICO

Quando avaliar?	O que avaliar/como avaliar?	O que fazer?
1ª consulta	<p>Pele e Mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cor; - Lesões; - Hidratação; - Turgor; - Cloasmas; - Tumorações; - Manchas 	<p>Realizar orientações específicas</p> <p>Avaliação médica na presença de achados anormais</p>
	<p>Exame Bucal:</p> <p>Avaliar sinais de sangramento ou lesões nas gengivas</p>	<p>Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, uma vez durante o período gestacional, conforme Previne Brasil, 2022. Encaminhar também o parceiro para avaliação.</p>

	<p>Sinais Vitais:</p> <p>Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulso; - Frequência Respiratória; - Aferição da Pressão Arterial (PA); - Frequência Cardíaca; - Temperatura Axilar 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco. • PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500g semanais, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, e referir ao alto risco para avaliação. • Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg da PA diastólica em relação à PA anterior à Gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $<$ que 140/90 mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. • PA $> 160/110$ mmHg ou PA $> 140/90$ mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaléia, epigastralgia e escotomas, encaminhar para avaliação médica no CO HUSM. • Gestante com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.
	<p>Avaliação Nutricional</p> <p>1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso: <ul style="list-style-type: none"> - verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, entre outros. - Orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores.

	<p>trimestre em gestantes com menos de 20 anos)</p> <p>2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional de acordo com tabela específica.</p> <p>3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45kg e > 75kg); curva descendente ou horizontal, curva ascendente ou inclinação diferente na recomendada para o estado nutricional inicial.</p> <p>4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificados, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se a de adultas.</p> <p>5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de</p>	<ul style="list-style-type: none">● Excesso de Peso:<ul style="list-style-type: none">- Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrosomia, gravidez múltipla, polidrâmio;- Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores.● Recomenda-se:<ul style="list-style-type: none">- Acompanhamento com intervalos menores, apoio e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
--	---	---

<p>Acompanhamento Nutricional da Gestante do Cartão da Gestante, baseado no IMC semanal.</p>	
<p>Região Cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Palpação da Tireóide 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas; ● Avaliação médica na presença de achados anormais.
<p>Mamas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. ● Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outras. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas. ● Para as condutas nos achados anormais, ver capítulo de prevenção do câncer de mama.
<p>Tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ausculta Pulmonar e Cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas. ● Avaliação médica nos achados anormais.
<p>Edema</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inspeção na face e membros superiores. 	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (-) ou ausente – monitorar rotineiramente ● (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento da temperatura ou tipo de calçado.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. ● Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. ● Observar varizes e sinais flogísticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco; ● (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco. ● Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.
	<p>Abdome</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Palpação Abdominal. <p>Palpação Obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálica, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. ● Em torno da 36^a semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). 	<p>Recomendação</p> <p>A situação transversa e apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto vaginal.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o pólo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é mais comum. • Manobra de Leopold 	
2º Trimestre	<p>Pele e Mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cor; - Lesões; - Hidratação; - Turgor; - Cloasmas; - Tumorações; - Manchas 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas • Avaliação médica na presença de achados anormais
	<p>Sinais Vitais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: - Pulso; - Frequência Respiratória; - Aferição da Pressão Arterial (PA); 	

<ul style="list-style-type: none"> - Frequência Cardíaca; - Temperatura Axilar 	
<p>Avaliação Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre em gestantes com menos de 20 anos) ● Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional de acordo com tabela específica. 	
<p>Tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ausculta pulmonar. ● Ausculta Cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas. ● Avaliação médica nos achados anormais.
<p>Edema</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inspeção na face e membros superiores. ● Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. ● Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, 	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (-) ou ausente – monitorar rotineiramente ● (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento da temperatura ou tipo de calçado. ● (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco;

com a gestante em decúbito dorsal ou deitada, sem meias.

- Observar varizes e sinais flogísticos.

- (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.

- Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.

Abdome

- Palpação Abdominal.

Palpação Obstétrica (Manobra de Leopold)

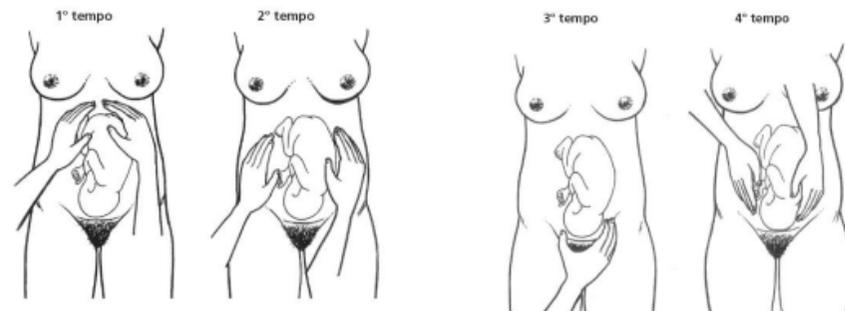
- Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálica, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina.

- Em torno da 36^a semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica).

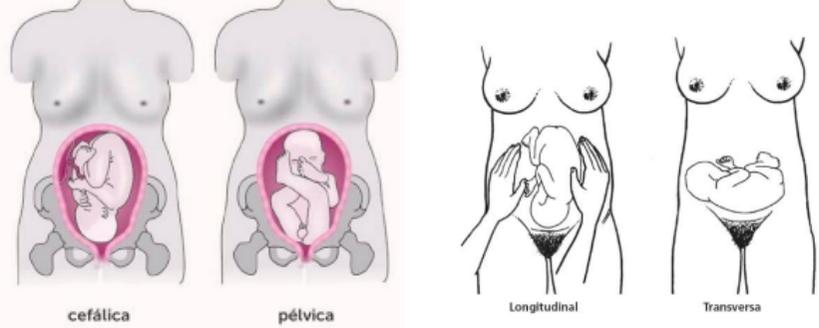
- Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas,

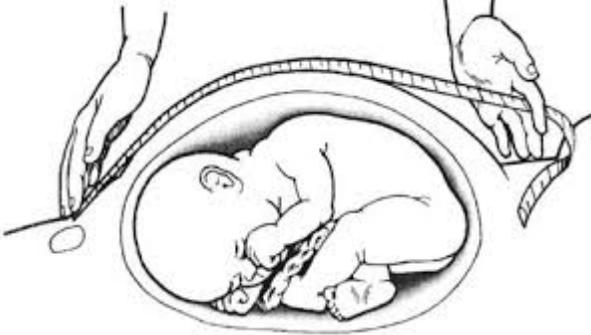
Recomendação

A situação transversa e apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto.



Manobras de palpação

	<p>deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é mais comum.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Manobra de Leopold 	 <p style="text-align: center;">Apresentação Situação</p>
<p>Todas as consultas após a 12ª semana de gestação</p>	<p>Medida da altura uterina</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional (IG). ● Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica nesta e com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino. 	<p>Recomendação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. ● Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de cálculo de IG; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para alto risco.

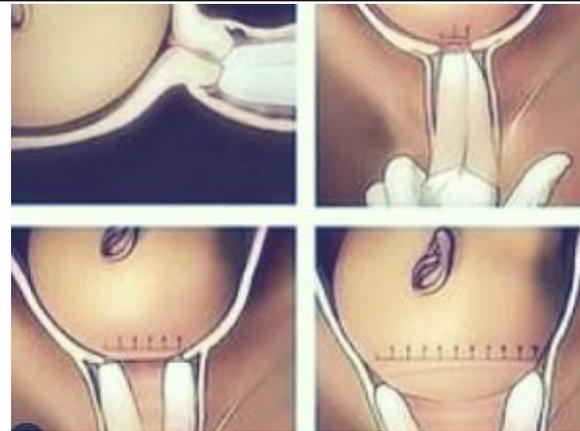
		 <p data-bbox="1397 603 1711 635">Medida da altura uterina</p>
<p data-bbox="221 802 454 1058">Todas as consultas, a partir da 12ª semana de gestação</p>	<p data-bbox="477 659 1059 754">Ausulta dos batimentos cardíofetais (BCF)</p> <ul data-bbox="477 770 1059 1193" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="477 770 1059 866">• Audível com sonar doppler a partir da 12ª semana; <li data-bbox="477 882 1059 978">• Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana; <li data-bbox="477 994 1059 1193">• Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm. 	<p data-bbox="1081 659 1294 691">Recomendação</p> <ul data-bbox="1081 715 2054 1193" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1081 715 2054 914">• Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. <li data-bbox="1081 930 2054 1193">• Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após a contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.

		 <p>Ausculta dos batimentos cardíofetais</p>
3º Trimestre	<p>Pele e Mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cor; - Lesões; - Hidratação; - Turgor; - Cloasmas; - Tumorações; - Manchas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas ● Avaliação médica na presença de achados anormais
	<p>Sinais Vitais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: - Pulso; - Frequência Respiratória; - Aferição da Pressão Arterial (PA); 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência Cardíaca; - Temperatura Axilar 	
	<p>Avaliação Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre em gestantes com menos de 20 anos) ● Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional de acordo com tabela específica. 	
	<p>Tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação pulmonar. ● Avaliação Cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas. ● Avaliação médica nos achados anormais.
	<p>Edema</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inspeção na face e membros superiores. ● Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. ● Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, 	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (-) ou ausente – monitorar rotineiramente ● (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento da temperatura ou tipo de calçado. ● (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco;

	<p>com a gestante em decúbito dorsal ou deitada, sem meias.</p> <p>Observar varizes e sinais flogísticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco. • Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.
	<p>Abdome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpação Abdominal. <p>Palpação Obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálica, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. • Em torno da 36^a semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). • Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e 	<p>Recomendação</p> <p>A situação transversa e apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.</p>

	<p>abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é mais comum.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Manobra de Leopold 	
<p>De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixa da gestante</p>	<p>Região Inguinal e Perineal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inspeção da vulva ● Palpação de linfonodos ● Região anal 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar orientações específicas. ● Avaliação médica na presença de achados anormais.
	<p>Exame especular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade (ver capítulo Prevenção de Câncer de Colo do Útero) ● Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante. ● Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.
	<p>Toque Bimanual</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar condições do colo de útero (permeabilidade). ● Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. ● Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia). 	<p>Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.</p>



Toque bimanual

QUADRO 5.5: MODIFICAÇÕES E DESCONFORTO MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

Modificação/desconforto	Observações	Orientações/Prescrições de Enfermagem
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> ● Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; ● Pode também estar relacionado à tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; ● Afastar o risco de alterações na pressão arterial e sinais de pré-eclâmpsia; ● Investigar história prévia de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; ● Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais, exercícios de meditação, prática de yoga ou natação; ● Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; ● Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; ● Estimular atividade física; ● Estimular o aumento de ingesta hídrica e alimentação adequada; ● Se dor recorrente solicitar avaliação médica; ● Afastando a hipótese de qualquer risco prescrever Paracetamol 750mg 6/6 horas;
Desmaios/tonturas ou fraquezas	Tem origem na instabilidade motora e de hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais:	<ul style="list-style-type: none"> ● Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; ● Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona na parede dos vasos; ● Estase sanguínea em membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido; ● Diminuição do débito cardíaco; ● Quadros de hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal); ● Hipóxia cerebral transitória (causa provável das tonturas e desmaio); ● Anemia; ● Hipoglicemia; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular práticas de exercícios físicos e respiratórios; ● Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; ● Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; ● Ingesta hídrica adequada; ● Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo e respirar pausadamente e profundamente para aliviar os sintomas; ● Nos casos de reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode ser indicado; ● Avaliar a pressão arterial;
Sonolência	<ul style="list-style-type: none"> ● Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos que circundam a hora do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular a gestante a falar sobre as suas expectativas e sentimentos; ● Estimular o repouso; ● Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; ● Estimular a meditação;

<p>Insônia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Estresse, sobrecarga de trabalho, dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; ● Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; ● Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; ● Movimentação fetal excessiva; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar a pressão arterial; ● Orientar a aumentar a ingestão hídrica; ● Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; ● Estimular o repouso; ● Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; ● Estimular a meditação; ● Avaliar a pressão arterial; ● Estimular a prática de atividades de lazer e companhias de pessoas da rede de apoio; ● Participar do grupo de gestantes; ● Ler livros e filmes que relaxem; ● Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis e notícias ruins; ● Banhos mornos, massagens;
<p>Náuseas/Vômito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Devido às alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando às vezes no terceiro trimestre; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar alimentação fracionada de 3/3 horas de preferência; ● Orientar alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve; ● Evitar jejum prolongado;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro; ou do paladar, como o do creme dental; ● Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história prévia de tabagismo; ● Gestação não planejada, problemas conjugais, gestante adolescente ou muito jovem; ● Avaliar sempre o risco de avaliação para hiperêmese gravídica, caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes desidratação, perda de peso, alterações urinárias e metabólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comer devagar e mastigar bem os alimentos; ● Dar preferência a alimentos pastosos e secos; ● Evitar alimentos muito gordurosos, temperos, doces ou com odor forte; ● Ingesta hídrica adequada; ● Apoio psicoterápico; ● Auriculoterapia ou acupuntura; ● Prescrever tratamento medicamentoso caso necessário (metoclopramida 4 mg/ml - 10mg - comprimido 8/8 horas ou dimenidrato 50mg + cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6 horas).
Queixas urinárias	<ul style="list-style-type: none"> ● A provável compressão bexiga pelo útero gravídico diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a frequência e a urgência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período do sono), que se acentua à medida que a 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar aumentar a ingestá hídrica; ● Repouso em decúbito lateral esquerdo; ● Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; ● Caso exista outros sintomas como disúria, hematúria acompanhado ou não de febre, encaminhar para

	gravidez progride, dispensando o tratamento e cuidados especiais.	consulta médica (Ver fluxograma de queixas urinárias na gestante).
Dor abdominal/ cólica	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar sempre: presença de sinais de alerta, presença de sintomas sistêmicos; ● Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton-Hicks, geralmente são discretas indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente por volta da 30ª semana; ● Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve; ● Presença de sinais de alerta (febre, sinais de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); ● Presença de infecção do trato urinário (ITU); 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a paciente a manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe; ● Encorajar a fala dos sentimentos e expectativas; ● Usar travesseiros e almofadas para apoiar a barriga; ● Cuidados nutricionais, aumento da ingesta hídrica e bons hábitos alimentares para prevenir a constipação e flatulência; ● Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; ● Em caso de trabalho de parto prematuro, orientar manter repouso, evitar repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas; 	
Edema	<ul style="list-style-type: none"> • No geral, surge no terceiro trimestre de gestação, resultando da ação dos hormônios esteróides dos ovários, da placenta e da supra-renal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica postural, atividade laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado com a deambulação; • Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. • Avaliar sempre: a possibilidade de edema patológico em geral associado a hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia. • A maioria das gestantes edemaciadas exibem gestação normal; • Com maior frequência no final da gestação mas pode aparecer em todo período gestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 minutos várias vezes ao dia; • Realizar exercícios rotatórios com o tornozelo; • Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos. Esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema; • Usar roupas leves, evitando meias elásticas ou roupas apertadas que dificultam o retorno venoso; • Dieta normossódica e aumentar ingestão hídrica; • Realizar controle de pressão arterial e peso; • Usar meia elástica; • Se sinais de alerta, encaminhar para consulta médica.

	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para sinais de alerta: edema limitado aos MMII, porém associada à hipertensão ou ganho de peso; edema generalizado; edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos. 	
Pirose/azia	<ul style="list-style-type: none"> • Devido às alterações hormonais ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal, aumento da pressão intra-peritoneal pelo crescimento uterino. • Presente na maioria das vezes durante toda a gestação, é mais observado no terceiro trimestre; • Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia; • Avaliar sempre: história clínica e uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar alimentação fracionada de 3/3 horas; • Evitar líquidos durante as refeições e deitar-se após as refeições; • Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; • Elevar a cabeceira da cama ao dormir; • Evitar fritura, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; • Caso essas medidas não resolvam, prescrever hidróxido de alumínio 10 a 15 ml após as refeições e ao deitar-se; • Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.
Dor lombar e dor na região pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar o uso de sapatos confortáveis, evitar saltos altos, recomendar aplicação de calor local e massagens;

	<p>postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problema em nervo ciático podem ser as causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar sempre características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento). ● Sinais e sintomas associados (alerta para febre e mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico). ● História de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recomendar acupuntura; ● Corrigir postura e movimentar-se devagar; ● Indicar atividades de alongamentos, relaxamento e orientação postural. ● Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar a coluna; ● Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; ● Realizar atividades de lazer para diminuir ansiedade e estresse; ● Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto; ● Encaminhar para fisioterapia se necessário; ● Se não melhorar as dores considerar prescrever paracetamol 750mg 6/6h;
<p>Cãibras</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez; ● A causa pode ser associada a alguns fatores, dentre eles: estiramento da musculatura e da fáscia, e deficiente circulação dos músculos devido a pressão uterina; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar a ingestão de alimentos ricos em potássio (melão e banana); ● Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc); ● Realizar alongamentos específicos com orientação profissional;

		<ul style="list-style-type: none"> ● Na gestação avançada devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongada e a permanência sentada por longo período, como viagens demoradas; ● Nas crises, a grávida com câibras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagem nas pernas e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; ● Evitar excesso de exercício físico e massagear músculo contraído e dolorido;
<p>Constipação intestinal e flatulência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pela ação hormonal dos esteróides e progesterona há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo, diminuição dos tônus aumentando o tempo de esvaziamento gástrico favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado; ● Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorróidas; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras em especial as folhosas por ser ricas em fibras, frutas cítricas; ● Aumentar a ingesta de água para 6 a 8 copos por dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja); ● Evitar alimentos flatulentos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); ● Fazer caminhadas leves (se não forem contra-indicadas); ● Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações);

		<ul style="list-style-type: none"> • Caso essas medidas não resolvam, avalie a necessidade do uso de medicamento; • Dimeticona (40mg-80mg) 6/6horas para flatulência; Hioscina (10mg) 8/8horas, para dor abdominal; • Supositório de glicerina;
Sialorréia	<ul style="list-style-type: none"> • A sialorréia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente sobre desconforto; • Manter dieta semelhante a indicada para náuseas e vômitos; • Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância especialmente em épocas de calor;
Hiperpigmentação da pele cloasma gravídico	<ul style="list-style-type: none"> • Aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorrem em torno de 50 a 70%, dando origem ao cloasma gravídico; • Devido ao aumento dos hormônios melanina, estrogênio e progesterona; 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente eles desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto; • Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, sombrinha ou chapéu);
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> • Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado realizar a ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alteração encaminhar para alteração médica.

	<p>hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atentar sempre as comorbidades é a história clínica da gestante; • Atentar para sinais de alerta: tosse, edema, história de asma, outras pneumopatias, sinais ou história de TVP, história de trauma recente e febre associada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Elevar a cabeceira; • Se sinais de alerta, encaminhar para avaliação médica.
Hemorroidas	<ul style="list-style-type: none"> • O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas; • É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e sobretudo, no parto e pós-parto; • Avaliar aumento da intensidade da dor, endurecimento do botão hemorroidário e sangramento retal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica em fibras; • Estimular a ingestão de líquidos e, sem necessário supositório de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Usar anestésicos tópicos básicos se necessário; • Em qualquer alteração se faz necessária avaliação médica. • Se ocorrer complicações como trombose, encaminhar para avaliação médica.
Leucorreia	<ul style="list-style-type: none"> • O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que o fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido,

	<p>adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, ruptura prematura de membranas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar sempre: se há queixas e mudanças no corrimento, coloração, presença de sintomas, associado com prurido, ardência, odor e outros; ● Consultar o fluxograma 1.1. 	<p>desconforto ou odor fétido; No entanto, realizar exame especular sempre que a gestante expressar queixa de fluxo vaginal aumentado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usar calcinhas confortáveis de algodão, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; ● Fazer higiene íntima no sentido anteroposterior com sabão neutro; ● Encaminhar bacterioscopia conforme avaliação; ● Tratar caso necessário conforme capítulo das vulvovaginites.
Epistaxe e congestão nasal	<ul style="list-style-type: none"> ● Geralmente fisiológicos, resultam de embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteróides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). ● Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial, com os distúrbios de coagulação, nos casos de epistaxe). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescrever o uso de soro nasal com duas a quatro gotas em cada narina 3 a 4 vezes por dia ou suficiente para manter suas narinas úmidas; ● Compressão com aplicação da compressa fria na base do nariz; ● Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.
Estrias	<ul style="list-style-type: none"> ● Lesão dermatológica definitiva que aparece na segunda metade da gravidez e se 	<ul style="list-style-type: none"> ● É recomendado: orientar que são frequentes após 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdômen e

	<p>localiza preferencialmente no abdômen, na região glútea, nas coxas e no seio.</p>	<p>mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ainda que polêmica na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local com óleos e cremes compatíveis com a gravidez (livre de conservantes ou qualquer outro alergênicos); ● Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação inclusive o uso de ácido retinóico também contraindicado na gestação;
<p>Sangramento nas gengivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal. ● Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como, a síndrome de HELLP. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; ● Fazer uso de escova dental macia e suave; ● Realizar bochechos com soluções antissépticas.

QUADRO 5.6: ATENÇÃO ÀS INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL

Intercorrência	O que / Como Identificar/Avaliar	O que fazer?
Abortamento	<p>Ameaça de aborto;</p> <p>Abortamento em Curso;</p> <p>Aborto Infectado.</p>	<p>Encaminhar para avaliação médica e/ou ao hospital de referência obstétrica.</p> <p>Abortamento acima de 12 semanas e/ou com alteração hemodinâmica → Encaminhar para Centro Obstétrico do HUSM.</p> <p>Abortamento anembrionado, com paciente estável hemodinamicamente, abaixo de 12 semanas, morte embrionária ou ovo anembrionado → Encaminhar para Maternidade do Hospital Casa de Saúde</p>
Gravidez Ectópica	<ul style="list-style-type: none"> - História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; - Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; - USG após 5^a semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. 	<p>Encaminhar para avaliação médica e/ou ao hospital de referência obstétrica (HUSM).</p>

	<p>Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com hipotimia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.</p>	
Outras causas de sangramento	<p>Doença Trofoblástica Gestacional; Descolamento Corioamniótico;</p>	<p>Recomendar abstinência sexual; Encaminhar para avaliação médica e/ou ao hospital de referência obstétrica (HUSM).</p>
Descolamento Prematura da Placenta (DPP)	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparecimento de dor abdominal de dor abdominal súbita, com intensidade variável; - Sangramento vaginal que pode variar de discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); - Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Na fase inicial, ocorre taqui-hipersistolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de 	<p>Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica (HUSM).</p>

	<p>hipertonia uterina e alterações dos batimentos cardíacos fetais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Útero, em geral, encontra-se hipertônico doloroso, sensível às manobras palpatórias; - Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; - Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. 	
Placenta Prévia	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangramento vaginal, súbito de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revela volume e tônus uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; - Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; - O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. 	<p>Referenciar a gestante para o pré-natal de alto risco - Ambulatório de Gestação de Alto Risco - HUSM).</p> <p>*Observar condições do Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)</p>

	<p><i>Realização de exame ultrassonográfico, se necessário:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; - Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo. 	
Trabalho de Parto Prematuro (TPP)	<p><i>Caraterísticas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; - Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintromica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; - Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 5.2 e solicitar urina tipo I e urocultura; - Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar avaliação especializada, quando possível. - O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para o centro obstétrico (HUSM).

<p>Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia</p>	<p><i>Hipertensão Arterial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge ≥ 140mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos 4 horas; <p><i>Pré-eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20^a semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Realizar teste rápido de proteinúria disponível nas unidades de saúde. <p><i>Eclâmpsia:</i></p> <p>Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.</p>	<p><i>Na hipertensão arterial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para atendimento médico. - Referenciar ao pré-natal de alto risco (AGAR - HUSM). <p><i>Na pré-eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Referenciar gestante ao centro obstétrico do HUSM e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco (AGAR - HUSM). <p><i>Na eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Referenciar ao centro obstétrico do HUSM.
<p>Diabetes Mellitus gestacional</p>	<p>Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para atendimento médico. - Encaminhar para nutricionista; - Referenciar ao pré-natal de alto risco (AGAR - HUSM). - Para monitorização glicêmica no domicílio, a gestante poderá retirar, em comodato, glicosímetro e fitas, na Farmácia Municipal, mediante laudo médico.

Alterações do Líquido Amniótico	<ul style="list-style-type: none"> - Polidrâmnio - Oligoidrâmnio - Ruptura prematura de membranas 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar altura uterina (inferior ou superior) - Ruptura prematura das membranas ovulares, pode ser diagnosticado através de exame especular. <p>Ver Fluxograma 5.3</p>
Gestação Prolongada ou pós-datismo	<p>Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas;</p> <p>Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.</p>	<p>OBS: sem sinais de início de trabalho de parto, bom estado geral e sem alterações de batimentos cardíacos fetais → encaminhar para centro obstétrico do Hospital Casa de Saúde ao completar 41 semanas gestacionais, para indução de trabalho de parto.</p>

QUADRO 5.7 – INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS DE ULTRASSONOGRAFIA DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO:

Período	Interpretação dos resultados e condutas
1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ● Com base nas evidências existentes a Ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A);

	<ul style="list-style-type: none"> ● Quando indicada a Ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação acurada da idade gestacional, reduzindo desta forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. ● Datação da idade gestacional por Ultrassonografia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deve ser baseada na primeira USG, realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; ✓ Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro do cálculo da idade gestacional pelo uso do USG em comparação com a DUM confiável. No primeiro trimestre o desvio esperado do cálculo da idade gestacional é de 3 a 7 dias (aumentando o intervalo, o número de dias e quanto maior a idade gestacional). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. ● Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no 1º trimestre, mas se for considerado seguir os seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita a disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após o esclarecimento de implicação do exame, indicação limitações, riscos de falsos-positivos e falsos negativos (grau de recomendação B).
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ● Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências que a USG em gestantes de risco habitual melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). ● Entre 18 e 22 semanas os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.

3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="562 233 2080 323">• Em revisão sistemática disponibilizada pela Biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da Ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (Grau de recomendação A).<li data-bbox="562 344 2080 435">• Em caso de suspeita de alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da altura do fundo uterino (AFU) está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.
--------------	--

QUADRO 5.8 – SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
Sangramento Vaginal	Anormal em qualquer época da gravidez	Avaliação médica imediata
Cefaleia Escotomas visuais Epigastralgia Edema excessivo	Esses sintomas principalmente no final da gestação podem sugerir pré-eclâmpsia	Realizar teste rápido de proteinúria. Avaliação médica imediata e avaliação da PA imediata.
Contrações regulares Perda de líquido	Sinais indicativos de início de trabalho de parto	Encaminhar para a maternidade de referência.
Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar a possibilidade de encaminhar ao serviço de referência.
Febre	Pode indicar infecção	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento à urgência se necessário.

5.9 - SÍFILIS NA GESTANTE

A testagem para sífilis está preconizada na gestação, conforme Plano Municipal de Saúde a cada trimestre, sendo o primeiro na 1ª consulta de pré-natal.

Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.

A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. Portanto, a possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento de evidências científicas.

QUADRO 5.9.1 – CONDUTA EM CASO DE SÍFILIS POSITIVA NA GESTAÇÃO

Classificação Clínica	Definição	Tratamento
Sífilis Primária	Casos em que identifica-se o cancro duro, que é um nódulo indolor único no local de contato do <i>Treponema</i> .	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, dose única (1,2 mi UI em cada glúteo) Via: IM.
Sífilis Secundária	Caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas sistêmicos da infecção, como máculas, pápulas e lesões eritemo-escamosas, em regiões como tronco, mãos e pés.	
Sífilis Latente Recente	Quando o usuário não apresenta nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, nos primeiros dois anos de infecção.	
Sífilis Latente Tardia	Quando o usuário não apresenta nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, após dois anos de infecção.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, semanal (1,2 mi em cada glúteo)
Sífilis Terciária	Considerada quando há o acometimento do sistema nervoso, cardiovascular e ósseo.	Duração: 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI Via: IM
<p>Lembramos que a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre no estágio de latência da sífilis, já que esses exames geralmente ocorrem durante a rotina do pré-natal e nem sempre a cronologia do tempo de infecção não é bem determinada.</p> <p>Portanto, diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), classifica-se e trata-se como sífilis latente tardia, cujo esquema terapêutico é:</p> <p>Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas</p> <p>Dose total: 7,2 milhões UI.</p>		

5.10 CONSULTA PRÉ-PARTO COM ACOMPANHANTE DE PARTO

Ter um momento no pré-natal, com uma consulta dedicada para as escolhas de como a gestante quer parir é uma maneira de evitar que ela sofra violência obstétrica é um importante instrumento de empoderamento feminino. É importante ressaltar sobre os tipos de parto, condutas adequadas e direito ao acompanhante. Ter esses conhecimentos contribui para a redução de procedimentos desnecessários que muitas vezes não têm evidência científica e ainda são realizados rotineiramente.

A gestante deve escolher um acompanhante que saiba de suas escolhas e as apoie.

Após a escolha do acompanhante, pode-se solicitar a presença deste nas consultas subsequentes a fim de orientá-lo quanto às fases do parto e sobre as condutas escolhidas pela gestante.

5.11 - PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Após a confirmação da gravidez, dá-se início à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante. Este processo é composto por 5 passos.

1º passo – Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e puerpério. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

2º passo – Realizar os testes rápidos e solicitar exames de rotina: é importante incluir o pai na promoção e ampliação do acesso ao serviço, aos insumos de prevenção e ao diagnóstico.

Exames e procedimentos sugeridos:

- 1 – Tipagem sanguínea e fator RH (no caso de a mulher ter RH negativo);
- 2 – Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), na falta de teste rápido;
- 3- Teste de VDRL para detecção de Sífilis, na falta de teste rápido ou teste rápido positivo;
- 4 – Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- 5 – Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti HCV);
- 6 – Hemograma;

7 – Lipidograma; dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;

8 – Dosagem de Glicose

9 – Aferição de Pressão Arterial;

10 – Verificação de peso e cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal).

3º passo - Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada:

O pai/parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê.

4º passo – Trabalhar com temas voltados ao público masculino: toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamentos com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica.

5º passo – Participar ativamente do pré-parto, parto, puerpério e cuidados com a criança: esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, incentivar a amamentação, a dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe.

INDICADOR Nº1 DA PORTARIA PREVINE BRASIL - PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS SEIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, SENDO A PRIMEIRA CONSULTA REALIZADA ATÉ A 12ª SEMANA GESTACIONAL

Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo ministério, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 12ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas do município.

- Captação precoce para o início do acompanhamento de pré-natal, antes da 12ª semana de gestação, conforme preconizado pelo Guia de pré-natal na AB do RS. Ofertar TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ para início precoce.

- O indicador contabiliza o número de mulheres com gestação finalizada (considerando a DPP + 15 dias), com pelo menos 6 consultas até a 42º semana e uma consulta de desfecho.

- Acompanhar e registrar as gestantes que fazem o pré-natal em outros serviços (não contabiliza, mas respalda a equipe).

- Desfecho do pré-natal: importante registrar o desfecho da gravidez ASSIM QUE SOUBER A DATA DE NASCIMENTO E TIPO DE PARTO OU na primeira consulta de puerpério, informando a data do parto e que a condição “gestante” foi resolvida na lista de problemas/condições. Não é necessário que a paciente realize consulta presencial para realizar o desfecho.

- A paciente deve ter realizado 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL + 1 CONSULTA DE PUERPÉRIO (DESFECHO).

- O Campo “está gestante?” na ficha de Cadastro Individual deve ser ativado assim que confirmar a gravidez e desativado logo após que o parto/aborto ocorrer. - O atendimento de pré-natal realizado pelo ginecologista/obstetra do município só será contabilizado se o profissional que realizou a consulta estiver lotado no estabelecimento de AB e a gestante estiver cadastrada em uma equipe homologada.

INICIAR ATÉ 12 SEMANAS → MÍNIMO 6 CONSULTAS → ATÉ 42º SEMANAS

1ª CONSULTA: Colocar CID/CIAP2 gestação: W84

- Registrar na aba do SOAP

- Problema/condição: pré-natal (marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP) - Deve possuir uma diferença de no máximo 20 semanas da DUM.

- Registrar DUM para que o sistema calcule a IG automaticamente.

Dados primários | Endereço | Documentação | **Ficha individual** | Outras informações | Arquivo | Bloqueio | Informações do Usuário

Unidade (CNES) * 31-1 — UNIDADE DE SAUDE WALTER AITA - EAP - SAUDE BUCAL — 2242591 Profissional (CNS) * 4724-1 — BRUNA DEDAVID DA ROCHA — 706704595999418

CBO * ... Equipe (INE) ...

Termo de recusa do cadastro individual de atenção básica
 Eu, BRUNA DEDAVID DA ROCHA, portador(a) do RG nº 1107273022, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento da minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Informações sociodemográficas | Saída do cidadão do cadastro | **Condições/Situações de saúde gerais** | Cidadão em situação de rua

Condições/situações de saúde gerais

Está gestante? Sim Não

Sobre seu peso, você se considera? Acima do peso Peso adequado Abaixo do peso Está fumante? Sim Não

Faz uso de álcool? Sim Não Faz uso de outras drogas? Sim Não Tem hipertensão arterial? Sim Não

Tem diabetes? Sim Não Teve AVC/derrame? Sim Não Teve infarto? Sim Não

Tem doença cardíaca/do coração? Sim Não Tem ou teve problemas nos rins? Sim Não Tem doença respiratória/no pulmão? Sim Não

Se sim, indique qual(is):
 Insuficiência cardíaca Insuficiência renal
 Outra Não sabe Outra Não sabe

Se sim, indique qual(is):
 Asma DPOC/Enfisema
 Outra Não sabe

Gestação

Pré-Natal | **Em Andamento**

Gestante | Antecedentes Obstétricos

DUM * 28/09/2019 Dpp: 05/07/2020 Gravidez Planejada Sim Não Tipo de Gravidez ... Risco RISCO INTERMEDIÁRIO

Edema - + ++ +++ Altura Uterina cm Batimento Cardíaco Fetal bpm Movimentação Fetal Sim Não Vacinação em Dia Sim Não

Desfecho da Gestação | Histórico | Gravar Prenatal

AVALIAÇÃO

Fonte: sistema de informação MV.

CONSULTAS SUBSEQUENTES: basta clicar no botão de habilitar campos de pré-natal que automaticamente entra o CID10 (Z34) E CIAP2 (W78) de gestação. - Registrar **SEMPRE** na aba do **SOAP** todas as consultas. O controle das gestantes atendidas pelas equipes de saúde, pode ser visualizado pelo painel de pré-natal do sistema de informação do município.

FINALIZAR GESTAÇÃO: informar os códigos CIAP2 ou CID10.

- Indicador contabiliza quantidade de gestantes com gestações finalizadas no quadrimestre.

Segue quadro resumo para CIAP2 de desfecho:

CIAP2	Descrição	CID10 relacionáveis
W82	Aborto espontâneo	O02, O03, O05, O06
W83	Aborto provocado	O04, Z30.3
W90	Parto sem complicações de nascido vivo	O80, Z37.0, Z37.9, Z38, Z39
W91	Parto sem complicações de natimorto	Z37.1, Z37.9
W92	Parto com complicações de nascido vivo	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.2, Z37.5, Z37.9, Z38, Z39
W93	Parto com complicações de natimorto	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.1, Z37.3, Z37.4, Z37.6, Z37.7, Z37.9

Fonte: boletim de monitoramento do indicador de desempenho 1.

Pré-Natal

Indicadores **Análises** Histórico

Situação da Gestante ATIVO INATIVO TODOS Usuário do serviço

Unidade de Referência do Paciente Área do Paciente SEM AREA Risco da Gestação Número da Gestação

Unidade de Atendimento SEM CONSULTAS I.G. Semanas (Inicial) Semanas (Final) Filtro de Idade Inicial Final

Nome	Foto	Tipo de Gravidez	D.U.M.	I.G. / Desfecho	D.P.R.	Status	
ADEANE DA SILVA RODRIGUES		UNICA	26/02/2020	23 semanas e 1 dias	16/12/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ADRIANA BEATRIZ QUEVEDO DE QUEVEDO			26/05/2020	10 semanas e 2 dias	16/03/2021	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS		IGNORADO	06/04/2020	17 semanas e 3 dias	25/01/2021	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ADRIANA DE FATIMA DA SILVA MACHADO DE MELO		IGNORADO	06/03/2020	21 semanas e 6 dias	25/12/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ADRIANE GERALDO FLORES			16/12/2019	33 semanas e 3 dias	23/09/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ADRIELE GONCALVES LOPES			05/01/2020	30 semanas e 4 dias	12/10/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
AGATHA GABRIELI DE LIMA			18/11/2019	37 semanas e 3 dias	25/08/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ALANA MARIA VELAMES		IGNORADO	13/03/2020	20 semanas e 6 dias	01/01/2021	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ALANNA MADALENA CABRAL FREITAS			28/04/2020	14 semanas e 2 dias	16/02/2021	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ALCENI DA CRUZ NUNES		UNICA	14/05/2020	12 semanas	04/03/2021	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ALECSANDRA BITTENCOURT DALMOLIN			08/12/2019	34 semanas e 4 dias	15/09/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ALESSANDRA BARCELOS SOARES			10/06/2020	8 semanas e 1 dias	31/03/2021	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>
ALESSANDRA FERNANDES DOS SANTOS		UNICA	30/11/2019	35 semanas e 5 dias	19/09/2020	ATIVO	<input type="button" value="Q"/>

PREF

Fonte: painel de pré-natal. Sistema de informação MV

6. ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO

QUADRO 6.1 – CONSULTA PUERPERAL

O que fazer?	Como fazer?
Avaliação Global	Entrevista – puerpério imediato <ul style="list-style-type: none">• Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidades de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos).• Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, avaliar presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações.• Em caso de parto via abdominal (cesariana), avaliar sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória. <p>Atentar para os sinais de alerta: febre, sangramento vaginal anormal, dor pélvica, infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas com sinais de mastite. Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica.</p>
	Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio <ul style="list-style-type: none">• Avaliar mamas e mamilos• Examinar abdome:<ul style="list-style-type: none">- Condição uterina;

	<ul style="list-style-type: none"> - Dor à palpação; - Aspecto da ferida operatória (se parto cesariana). ● Examinar períneo e genitais externos: - Verificar presença e características dos lóquios; - Avaliar as condições das cicatrizes de laceração ou episiotomia;
Plano de cuidado materno	<p>Abordagem Integral – Puerpério Imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios; - Orientar cuidados com as mamas; - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada; - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio; - Compartilhar cuidado – Atentar para sofrimento mental, apoiar a família e articular outras redes de apoio psicossocial, quando necessário; - Atualizar calendário vacinal da mulher DT/DTPA (até 45 dias pós parto), COVID, Influenza e tríplice viral, quando necessário; - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato; - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo; - No puerpério tardio orientar, recomendar e prescrever métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da paciente.

- Orientação exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular - Puerpério imediato (1 o ao 10 o dia após o parto):

- Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento.

- Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrintestinal.

Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura.

Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas.

- Puerpério tardio (11o ao 45 o após o parto):

- Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia).

	<ul style="list-style-type: none">• A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal.- Puerpério remoto (do 45º dia em diante):• Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera.- Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio- Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto.- Avaliar uso de medicamentos conforme o Quadro 9 da seção sobre pré-natal.- Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado. <p>Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none">- Em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros) encaminhar para consulta médica.
--	---

7. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. O leite materno é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoprotetoras. A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor.

7.1 - TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. É neste período que mais ocorrem as intercorrências relacionadas a esse processo, que se não forem detectadas e tratadas podem interrompê-la precocemente.

Todo profissional de saúde que presta assistência a mães e bebês deve saber avaliar uma mamada. A seguir, os principais itens que o profissional deve observar na análise de uma mamada:

QUADRO 7.1 – PRINCIPAIS ITENS A SEREM OBSERVADOS NA MAMADA:

Posição Correta	Pega Correta
<ul style="list-style-type: none">● A mãe deve estar em posição confortável, (posição tradicional é a sentada) com as costas e os pés bem apoiados;● Bebê de frente para o corpo da mãe;● Barriga com barriga (mãe/bebê);● Cabeça e corpo do bebê alinhados em linha reta;● A face do bebê deve voltar-se para o seio, o nariz ou o lábio superior em frente ao mamilo;● Corpo do bebê apoiado e bem alinhado;● O bebê deve ser levado ao seio, não o contrário;	<ul style="list-style-type: none">● A boca do bebê deve ficar bem aberta (se necessário, estimular o bebê a abrir a boca tocando o seu queixo ou seus lábios com o dedo ou mamilo);● O bebê abocanha parte da aréola;● O queixo do bebê fica muito próximo ou toca o peito da mãe;● Vê-se pouca aréola por baixo da boca do bebê;● Os lábios do bebê devem estar voltados para fora, como uma “boca de peixe”;● Se necessário, puxar o queixo do bebê

<ul style="list-style-type: none">• A mãe não deve sentir dor durante as mamadas.	<p>para baixo, com o dedo indicador, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora;</p> <ul style="list-style-type: none">• O bebê suga, faz uma pausa e suga novamente;• A mãe pode ouvir o bebê deglutir.
---	--

FIGURA – PEGA CORRETA



Fonte: Comitê municipal de Aleitamento Materno de Florianópolis/SC.

QUADRO 7.2 - QUEIXAS/INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO

Queixa	Por que ocorre	Manejo
O bebê não suga ou tem sucção fraca	<ul style="list-style-type: none"> ● Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a sucção fraca pode estar associada ao uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao ser posicionado (posicionamento incorreto) para mamar. ● O bebê pode não conseguir abrir a boca o suficiente para abocanhar a aréola e fazer uma boa pega, as mamas podem estar ingurgitadas e dificultar a pega ou ainda a mãe pode ter mamilos planos ou invertidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● A mãe deve sempre insistir nas mamadas por alguns minutos; ● Se as mamas estiverem muito cheias, com a pele esticada, deve-se esvaziá-las um pouco antes de amamentar, para amaciar a aréola e facilitar a pega; ● Sucção deficiente do bebê pode ser secundária ao uso de bicos e chupetas, se for o caso, devem ser suspensos; ● Estimular a mama no mínimo cinco vezes ao dia, por meio da ordenha manual. ● Realizar teste de flexibilidade do mamilo.
O leite demora a descer	<ul style="list-style-type: none"> ● Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Deve-se tranquilizar a mulher, informando sobre a presença do colostro. ● Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. ● Estimular a autoconfiança da mãe. ● Orientar medidas de estímulos como a sucção

		<p>frequente do bebê e a ordenha.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama.
Pouco leite ou leite fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Muitas vezes, essa percepção de pouco leite ou leite fraco é reflexo da insegurança materna, quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. A mãe, algumas vezes, interpreta o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamentos normais do bebê) como sinais de fome. • No entanto, algumas vezes, a percepção da mãe de que tem pouco leite é correta. Ela sente a mama murcha (flácida). A constatação pode ser feita pelo acompanhamento do peso do bebê, se ele estiver com ganho de peso inadequado, a preocupação da mãe será pertinente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros); • Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar); • Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas; • Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos; • Aumentar a frequência das mamadas;
Mamilos planos ou invertidos	<ul style="list-style-type: none"> • Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impede, pois o bebê faz o bico com a aréola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;

		<ul style="list-style-type: none"> ● Ajudar a mãe a fazer o bebê abocanhar os mamilos e parte da aréola, para isso é necessário que a aréola esteja macia; ● Tentar posições diferentes e observar em qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor; ● Enquanto o bebê não sugar efetivamente o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com copo (copinho com bordas arredondadas e finas), colher de chá ou seringa.
<p>Ingurgitamento mamário</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● O ingurgitamento mamário envolve três componentes básicos, o aumento da vascularização da mama/congestionamento, retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Geralmente, o ingurgitamento das mamas ocorre de três a cinco dias após o parto, mas pode acontecer em qualquer período da lactação, devido leite em abundância, início tardio da amamentação, restrição da frequência e da duração das mamadas e sucção ineficaz do bebê. O ingurgitamento pode ser fisiológico ou patológico. 	<p>Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Amamentar o mais cedo possível, logo após o parto; ● Amamentar em livre demanda, sem horários pré-estabelecidos; ● Observar técnica correta da amamentação; ● Evitar uso de água, chás e outros leites, para o bebê. <p>Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode</p>

		<p>apresentar áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, muitas vezes, acompanhada de febre e mal-estar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ordenha manual antes das mamadas; ● Mamadas frequentes; ● Massagem delicada nas mamas, com movimentos circulares, principalmente nos pontos mais ingurgitados; ● Uso do sutiã com alças largas e firmes, para sustentação anatômica das mamas; ● A mama deve ser ordenhada manualmente, se o bebê não sugar; ● Prescrever analgésicos: Paracetamol 750 mg 6/6 horas.
Lesões ou dor nos mamilos	<ul style="list-style-type: none"> ● Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas e equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido à pega e posicionamento inadequados. Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar o uso de óleos, cremes, sabonetes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; ● Observar a mamada e corrigir a pega, se necessário; ● Se a mama estiver tensa, ordenhar antes das mamadas;

	<p>excessivamente curto), uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Amamentar em livre demanda (a criança é levada ao seio assim que sinaliza fome, isso evita que a sucção seja realizada com muita força); ● Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita de o bebê sugar com força para desencadear o reflexo; ● Início da mamada pela mama menos afetada; ● Observar presença de anquiloglossia; ● Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; ● Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa; ● Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.
Mastite	<ul style="list-style-type: none"> ● É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos das mamas, geralmente, unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e ocorre com mais 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mastite não infecciosa - Dor, edema, hiperemia e calor local. ● Mesmo manejo do ingurgitamento patológico;

	<p>frequência na segunda ou terceira semana após o parto, mas pode surgir em qualquer período da amamentação. O leite acumulado e o dano tecidual favorecem a instalação da infecção.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa. • A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares. • Mastite infecciosa - Dor, hiperemia, edema, calor local, febre (>38°C), calafrios e mal-estar. • Consulta médica, no mesmo dia. • Não suspender o aleitamento.
Abcesso Mamário	<ul style="list-style-type: none"> • O abscesso na mama, em geral, é causado por mastite não tratada, tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite, sem a ordenha do leite. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico: febre, mal-estar, calafrios e presença de área de flutuação no local afetado. • No diagnóstico diferencial do abscesso, deve-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta de instalação súbita, sensação de mal estar geral; • Se dor ou febre, orientar Paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU Ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas. • Consulta médica no mesmo dia.
Candidíase/monilíase (infecção da mama por <i>Cândida sp</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • A infecção da mama no puerpério por <i>candida sp</i> é comum. A infecção pode atingir somente a pele do mamilo ou da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Pode ser causada pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos pela mulher, contraceptivos orais e esteróides. 	<ul style="list-style-type: none"> • Após as mamadas enxaguar os mamilos, secá-los e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores nos mamilos, se precisar, usar panos limpos e secos;

	<p>Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na infecção por candida sp, a mulher costuma queixar-se de prurido, sensação de queimadura e dor tipo agulhadas nos mamilos. Os mamilos e aréolas podem apresentar a pele avermelhada, brilhante ou irritada com descamação. Raramente se observam placas esbranquiçadas. • A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas). 	<ul style="list-style-type: none"> • As chupetas e bicos não devem ser utilizados, mas se forem, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos; • Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente; • Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 ml com conta-gotas ou 0,5 ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período. • Observação: um grande número de espécies de candida é resistente à nistatina. • Se o tratamento tópico falhar, encaminhe para consulta médica.
<p>Anquiloglossia (freio lingual curto/língua presa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É uma anomalia congênita que pode prejudicar a capacidade do bebê se alimentar ao seio e causar desconforto na mulher ao provocar trauma e dor nos mamilos. O bebê pode ter dificuldade de fazer e manter a pega. Ocorre quando o freio lingual (frênulo) que prende a face inferior da língua restringe os movimentos da língua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se essa condição estiver dificultando a amamentação, está indicada a frenotomia (ver protocolo saúde da criança)

7.3- SUSPENSÃO DO ALEITAMENTO MATERNO - CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS E RELATIVAS

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. Assim, não se justifica, na maioria das vezes, a interrupção da amamentação impedindo desnecessariamente que mãe e criança usufruam dos benefícios do aleitamento materno. A indicação para a interrupção da amamentação deve ser criteriosamente indicada com segurança pelo profissional de saúde.

QUADRO 7.4 - CONDIÇÕES CLÍNICAS MATERNAS QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO QUANTO À MANUTENÇÃO OU CONTRAINDICAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO

Condição clínica materna	Conduta do Enfermeiro	Justificativa
Infecção por HIV ou HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da Hepatite B	Manter o aleitamento materno	A administração da Imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.

Infecção pelo vírus da Hepatite C	Geralmente o aleitamento não é contraindicado, exceto se fissuras mamilares ou carga viral elevada.	Possibilidade de transmissão para o bebê.
Doença de Chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê
Em tratamento farmacológico	Alguns fármacos são considerados contra indicados (absolutos ou relativos) ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Se a mãe estiver em uso de algum medicamento destes ou outro que possa ter relação semelhante, encaminhar a mãe ao médico para avaliação e conduta.	Possíveis efeitos colaterais e/ou tóxicos para o bebê.
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê. Encaminhar a puérpera para CAPs AD.	Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Desencorajar o uso de cigarro e bebida alcoólica. Manter o aleitamento materno.	Nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Tuberculose pulmonar	Manter o aleitamento. A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e	As drogas empregadas no tratamento da tuberculose não causam prejuízo ao bebê.

	proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas.	
Infecção herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há risco de transmissão da mãe para o bebê.

7.5 – LEGISLAÇÕES

Conforme a Constituição Brasileira de 1988 art 7º, inciso XVII, é direito da puérpera 120 dias de licença maternidade sem prejuízo do emprego e do trabalho. O artigo 10º das disposições transitórias veda a dispensa sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto. Esses benefícios podem ser estendidos em convenções coletivas, conforme a lei 11.770/2008 que ampliou a licença maternidade para seis meses de forma facultativa tanto para trabalhadoras da esfera privada como da pública. Além disso, durante a gestação, a CLT estabelece que a gestante tem direito a, no mínimo, 6 afastamentos para realização de consultas, mas não estabelece um limite.

O artigo 396 da CLT prevê: para amamentar o próprio filho até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um, que não se confundirão com os intervalos normais do seu repouso e alimentação. Quando a saúde do bebê exigir, o período de seis meses poderá ser aumentado, a critério médico.

7.6 – ORIENTAÇÕES PARA ARMAZENAMENTO DE LEITE MATERNO ORDENHADO.

7.6.1 – PREPARO DOS FRASCOS/UTENSÍLIOS/EMBALAGENS PARA COLETA

O frasco para o acondicionamento do leite ordenhado deve ser de fácil limpeza e desinfecção, apresentar vedamento perfeito e ser constituído de material inerte e inócuo ao leite (tipo vidro de maionese ou café solúvel com tampa de plástico rosqueável). Os frascos e as tampas devem ser cuidadosamente lavados com água e sabão e, após, fervidos por 15 minutos ou esterilizados. Após a fervura, os frascos e tampas devem ser colocados sobre um tecido limpo para que sequem naturalmente. Ao fechar o frasco, deve-se evitar tocar na parte interna da tampa e do frasco.

7.6.2 – ORDENHA DOMICILIAR

A ordenha deve ser conduzida com rigor higiênico-sanitário capaz de impedir que contaminantes ambientais entrem em contato com o leite e causem prejuízo a sua qualidade. A nutriz deve estar orientada sobre a finalidade e importância dos seguintes procedimentos:

Recomendações antes de iniciar a coleta:

- a) despir blusa e sutiã;
- b) prender os cabelos;
- c) proteger a boca e as narinas com máscara, fralda de tecido ou um pedaço de pano limpo;
- d) lavar as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão. As unhas devem estar limpas e de preferência curtas;
- e) lavar as mamas apenas com água. Sabonetes devem ser evitados, pois ressecam os mamilos e os predispõem a fissuras;
- f) secar as mãos e as mamas com toalha individual e limpa;
- g) procurar uma posição confortável e manter os ombros relaxados.

Recomendações durante a retirada do leite (ordenha):

- a) evitar conversar durante a ordenha;
- b) massagear as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo;
- c) colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola;
- d) colocar os dedos indicador e médio abaixo da aréola;
- e) firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao corpo;
- f) apertar o polegar contra os outros dedos até sair o leite;
- g) desprezar os primeiros jatos ou gotas;
- h) abrir o frasco e colocar a tampa sobre a mesa, forrada com um pano limpo, com a abertura para cima;
- i) colher o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola - quando já houver leite congelado de outras ordenhas, completar o volume de leite no frasco, sob congelamento, utilizando um copo de vidro para a coleta, previamente fervido por 15 minutos ou esterilizado, colocar o leite recém ordenhado sobre o que já estava congelado até no máximo dois dedos para encher o frasco;
- j) fechar bem o frasco após terminar a ordenha.

Recomendações para o armazenamento e o transporte do leite ordenhado:

- a) rotular o frasco com data e hora da primeira coleta.
- b) guardar imediatamente o frasco no freezer, em posição vertical. A temperatura do freezer não poderá ultrapassar -3°C ;
- c) caso a coleta tenha sido realizada durante a jornada de trabalho, ou fora de domicílio, o leite deverá ser transportado pela nutriz para a sua residência em embalagens isotérmicas;
- d) o leite ordenhado sem processamento pode ser mantido congelado por no máximo 15 dias, ou ainda por 12 horas se armazenado em geladeira. Atentar para quando houver mais de uma ordenha para o mesmo frasco, que a validade deste será relativa à primeira coleta.

Recomendações para o descongelamento do leite ordenhado:

- a) O frasco deve ser retirado do freezer e descongelado, de preferência, na geladeira.
- b) Amornar o leite em banho-maria (água quente, com fogo desligado), agitando o vidro lentamente para homogeneizar o leite. Amornar apenas a quantidade de leite que o bebê for utilizar. O leite que sobrar deve ser desprezado.
- c) O leite descongelado e não aquecido, pode ser conservado em geladeira pelo prazo de 12 horas.
- d) O leite jamais deve ser fervido ou aquecido em micro-ondas, pois esse tipo de aquecimento pode destruir seus fatores de proteção.

8. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

Climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorréia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. Mulheres que se apresentem menopausadas antes dos 40 anos deverão ser referenciadas ao médico para investigações adicionais.

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida, trata-se de um momento oportuno para rastreamento de risco cardiovascular (conforme protocolo de

enfermagem das doenças crônicas), oferta de preventivo de câncer de colo de útero e mama e de testes rápidos para IST 's.

A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).

QUADRO 8.1 – QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MANEJO

Queixa	Conduta
<p>Sintomas Urogenitais</p> <p>Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dispareunia, corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar o uso de lubrificantes à base de água vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais a base óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal; ● Sempre investigar outras possíveis causas.
<p>Fogachos e Suores noturnos</p>	<p>Orientar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dormir em ambiente bem ventilado; ● Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; ● Usar tecidos que deixem a pele “respirar “; ● Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada dos sintomas; ● Não fumar; ● Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; ● Ter um diário para anotar os momentos em que os fogachos se iniciam e, desse modo, tentar identificar situações gatilho e evitá-las; ● Praticar atividade física; ● Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.
<p>Problemas com o Sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior.

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a presença de situações de estresse e a respostas a elas, como parte da avaliação de rotina; • Praticar atividade física, evitando 3 horas antes de dormir; • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos finais de semana; • Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de ir deitar, como ler um livro ou tomar um banho morno; • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de dormir e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde; • Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que vai adormecer; • Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos.
<p>Transtornos Psicossociais</p> <p>Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação da rotina; • Estimular a participação em atividades sociais; • Avaliar estados depressivos, especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; • Considerar tratamento para depressão e ansiedade, a ser prescrito pelo médico, quando necessário, e /ou encaminhamento à psicologia.

<p>Sexualidade</p> <p>Ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão que podem causar dispareunia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular o autocuidado; ● Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas, filmes, etc); ● Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica; ● Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares ● Estimular a prática do sexo seguro; ● Orientar o uso de lubrificantes vaginais a base d'água na relação sexual; ● Considerar a terapia hormonal local, por meio da prescrição de Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações. Na persistência, encaminhar para avaliação médica (COREN - SC, 2017).
---	---

QUADRO 8.2 – ROTEIRO DE CONSULTA

O que fazer?	Como fazer?
Acolhimento e escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato Direcionamento para o atendimento necessário
Avaliação Global	<p>Entrevista</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Data da última menstruação; ● Uso de métodos anticoncepcionais; ● Tabagismos e história familiar de câncer de mama; ● Última coleta de citopatológico de colo de útero; ● Sangramento genital pós-menopausa;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Explorar as queixas e outras demandas relacionadas ao ciclo de vida <hr/> <p>Exame Físico Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> ● De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares, e cânceres de mama e colo de útero); ● Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal); ● Avaliar risco cardiovascular (Escala de Framingham). <hr/> <p>Exame Físico Específico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exame ginecológico, coleta oportuna de citopatológico de colo de útero e/ou realização de mamografia, se necessário; ● Atentar para queixas e fatores de risco cardiovasculares;
Plano de Cuidados	<p>Abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Práticas integrativas e complementares, em especial a fitoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alguns fitoterápicos podem auxiliar no alívio dos sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período (observar Quadro 8.5). ● Abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene e sono) e à elaboração de novos

	<p>projetos e objetivos para essa nova fase da vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. ● Orientar anticoncepção no climatério. ● Realizar ações de prevenção de forma individualizada, em especial, quanto às doenças crônicas degenerativas cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com a faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades: <p>✓ Não há indicação da realização de exames de rotina no climatério, eles devem ser orientados de forma individualizada, quando necessário.</p>
--	---

8.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas;
- Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg por dia) e vitamina D (800 a 1000 mg por dia), incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar a exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h;
- Orientar a prática de 150 minutos por semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 min de atividades físicas de forma contínua por período;
- Orientar a realização de atividades e fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível;

- Realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, e orientações referentes às infecções sexualmente transmissíveis;
- Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína.

8.4 CONTRACEPÇÃO NO CLIMATÉRIO

- Se em uso de contraceptivo combinado oral ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágeno quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 2 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de progestágeno, manter até os 55 anos ou se ainda menstruando, até um ano após o último ciclo.

QUADRO 8.5 - FITOTERÁPICOS QUE PODEM SER UTILIZADOS NO MANEJO DOS SINTOMAS TRANSITÓRIOS NO CLIMATÉRIO

Fitoterápico	Indicação	Recomendação	Possíveis efeitos colaterais	Contra indicações
Soja (<i>Glycimemax</i>)	Ação estrogênica-simile para os sintomas do climatério. Melhora o perfil lipídico.	Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas. Uso de 50ml a 180 ml/dia, que podem ser divididos em duas tomadas (12/12 horas)	Alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.	-
Trevo Vermelho (<i>Trifoliumpratense</i>)	Alívio dos sintomas do climatério. Ação estrogênica-simile.	Extrato padronizado a 8% de isoflavonas. Uso 40-60mg/dia, com dose única diária.	Semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas. O uso concomitante	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula e presença de

			<p>de anticoagulantes orais e heparina pode ter o seu efeito potencializado.</p> <p>O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifeno, podem sofrer interferência.</p> <p>Drogas de metabolismo hepática como antialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (Itraconazol, cetoconazol), antineoplásicos (paclitaxel, vinblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina e lovastatina) podem ter sua ação alterada.</p>	<p>coagulopatias.</p> <p>Gestantes e lactantes.</p> <p>Em caso de manipulação cirúrgica de médio e grande porte, interromper o uso 48 horas antes do procedimento.</p>
Cimicifuga (<i>Cimicifuga</i>)	Sintomas neurovegetativos do	Extrato padronizado entre 2,5% e 8% de	São muito raros, incluem dor	-

<i>racemosa</i>)	climatério (fogachos). Melhora da atrofia da mucosa vaginal.	27-deoxiaeteína. Uso: 40-80mg/dia - pode ser associado às isoflavonas	abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náuseas, vômitos e dores articulares	
Hipérico (<i>Hiperico perforatum</i>)	Quadros leves a moderados de depressão não endógena.	Extratos padronizados 0,3% de hipericinas. Uso: 300 - 900mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900mg), dividir em três tomadas diárias.	Irritação gástrica, sensibilização cutânea - foto-dermatite, insônia, ansiedade.	Gravidez e lactação. Evitar exposição ao sol.
Valeriana (<i>Valeriana Officinales</i>)	Efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia.	Extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos Uso: 300-400 mg/dia divididos em duas a três tomadas.	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Devem ser respeitadas as dosagens, pois, em excesso pode causar cefaléia e agitação. Grandes quantidades podem induzir a sonhos, dispepsias e reações alérgicas cutâneas.	Hipersensibilidade, gestação e lactação.
Melissa (<i>Melissa officinalis</i>)	Alívio de ansiedade, insônia e algumas desordens digestivas	Extratos secos: não menos que 0,5% de óleo volátil contendo	Entorpecimento e bradicardia em indivíduos	Gestantes, portadores de glaucoma e de

	como cólicas intestinais, flatulência, dispepsia, além de outras indicações, principalmente quando associada a valeriana	citral; não menos que 6% de derivados hidroxicinâmicos totais, calculados como ácido rosmarínico. Uso: 80-240 mg/dia, em três tomadas.	sensíveis.	hipertireoidismo e hipersensibilidade aos constituintes da planta
--	--	---	------------	---

9. ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL¹

A Violência Contra as Mulheres (VCM) constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física.

Em 1990, foi reconhecida internacionalmente como um problema de saúde pública (KRUG et al, 2003).

Em todas as suas formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, etc.) atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo a orientação sexual. A Convenção de Belém do Pará (1994) conceitua a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 2011).

Os tipos de VCM descritos no Artigo 7º da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012) são: **violência física**, qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal das mulheres; **psicológica**, conduta que lhe prejudique e perturbe, ou cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que vise degradar ou controlar suas ações, crenças e decisões, mediante ameaça, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, exploração, limitação do direito de ir, dentre outros; a **sexual** que é o constrangimento a

¹ Material elaborado com base no estudo de CORTES, L.F. **Articulação do atendimento em rede para mulheres em situação de violência**. 2017. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; **violência patrimonial:** configura-se em retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; **violência moral:** conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Além disso, no ano de 2015 o Brasil tipifica o crime de feminicídio: mortes violentas de mulheres decorrentes do exercício de poder e relações de gênero (MENEGHEL, et al, 2013).

O enfrentamento à VCM requer a ação conjunta de diversos setores envolvidos com a questão. Nesse sentido, a rede de atendimento à mulher em situação de violência é composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores, que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como a integralidade e humanização do atendimento. A rede se organiza em quatro principais setores: saúde, justiça, segurança pública e assistência social, sendo composta por serviços não-especializados, ou serviços gerais e serviços especializados de atendimento (BRASIL, 2011).

9.1 IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NÃO DECLARADA - SINAIS DE ALERTA

As mulheres em situação de violência buscam mais os serviços de saúde, em função das repercussões na sua saúde, o que indica que os profissionais nessa área possuem importante papel no acolhimento e escuta das mulheres, sendo estratégicos para o enfrentamento da violência (MINAYO, DESLANDES, 2009; SHRAIBER et al, 2009; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011).

Em geral, elas não relatam a agressão sofrida e são tidas como hipocondríacas, poliqueixosas, apresentando queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados. Os profissionais precisam estar aptos a identificá-las, procurando conhecer sua história de vida, pois **o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema.** Deve-se estar atento para relatos de acidentes frequentes, como também para a compatibilidade deste relato com a lesão observada. Observa-se que ao serem questionadas sobre violência em casa, as mulheres dizem não, mas respondem

afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Isso mostra que a escolha das palavras é um fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente. Mesmo que num primeiro momento a mulher negue, o profissional diante das evidências deve agir de maneira cuidadosa, tentando estabelecer um diálogo e possibilitando assim um canal de ajuda (CURITIBA, 2008).

9.1. 1 Como abordar essas mulheres?

A abordagem precisa ser realizada em ambiente seguro e privativo, pode ser durante o acolhimento, a consulta com a/o profissional, durante a visita domiciliar ou em grupos. A partir do momento que é criado um vínculo com ela, alguns questionamentos podem ser realizados:

No último ano você foi agredida, recebeu algum tapa, chute, empurrão, ou foi machucada fisicamente de outra forma por alguém?
No último ano, você foi forçada a ter relações sexuais com alguém?
Você está com problemas no relacionamento familiar?
Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?
Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

(D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, ET AL, 2009; BRUNNER & SUDDARTH, 2012)

A equipe necessita estar preparada para a identificação de qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço, considerando que a violência praticada contra a mulher possa estar restrita muitas vezes à face ou à boca. **As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais** (CURITIBA, 2008).

9.1.2 Sinais Clínicos

Lesões físicas agudas: inflamações, queimaduras, contusões, hematomas e fraturas, incluindo face, boca e dentes, qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço provocadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas. Durante a gestação: trabalho de parto prematuro, perdas vaginais.

Lesões sexuais: nas mucosas oral, anal e vaginal, manifestando-se com inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura. Infecções sexualmente transmissíveis (IST's), infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez.

Manifestações tardias: dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos, como falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas, lesões ou manifestações por IST's em região de boca.

9.1.3 Sinais Psicossomáticos

Stress pós-traumático: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade.

Alterações psicológicas: choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, auto-reprovação, sentimento de inferioridade, de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa auto-estima, comportamento auto-destrutivo, uso de álcool e drogas, depressão, distúrbios alimentares/obesidade, tentativas de suicídio e disfunções sexuais (vaginismo).

9.1.4 Sinais Sociais

Isolamento, ausência nas consultas no serviço de saúde, mudanças frequentes de emprego ou moradia, absenteísmo no trabalho, dentre outros.

9.3 SERVIÇOS PARA ATENÇÃO INTEGRADA E COMPETÊNCIAS

9.3.1 Saúde

Serviços de atendimento não especializados: Pronto Atendimento Municipal, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Socorro regional (PS-HUSM) os quais são referência para os casos de violência física; e unidades de saúde. As Unidades de Saúde caracterizam-se como a porta de entrada preferencial ao acolhimento das mulheres em situação de violência, assegurando o atendimento e a sua continuidade no acesso aos demais pontos de atenção, quando necessário.

Serviços de saúde mental: quatro Centros de Atenção Psicossocial, dois para sofrimento psíquico grave (um adulto e um infantil), dois para abuso de drogas, CAPS AD; um ambulatório de saúde mental; Acolhe Saúde, ambulatório Transcender (para violência contra pessoas LGBTQIA+) e clínicas escola dos cursos de psicologia das Instituições de Ensino Superior.

Serviços de atendimento especializados:

a) Espaço de atenção à mulher: Bem-Me-Quero

No município de Santa Maria, contamos com a equipe do Espaço de atenção à mulher: Bem-Me-Quero, formada por uma assistente social e uma psicóloga. **Competências:** acolhimento e acompanhamento de mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual, encaminhadas da atenção básica de saúde e de outros setores da rede, quando necessário.

O protocolo inicial de acolhimento ocorre por meio do preenchimento de um documento, elaborado pelas profissionais, pelos serviços de saúde e que deve ser encaminhado via e-mail para: espacobemmequero@gmail.com. A partir das demandas levantadas pelas profissionais, é realizado o direcionamento dessas mulheres na rede de atendimento multisetorial e se necessário o acompanhamento breve do caso pelas profissionais deste espaço. A partir disso, foi criado um fluxograma intersetorial de atendimento às mulheres em situação de violência, construído pelos diversos serviços que compõe a rede de atendimento e que fazem parte de um fórum permanente de discussões: Fórum de Enfrentamento à Violência contra as mulheres de Santa Maria.

b) Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM):

referência na região Centro do Estado para casos de violência sexual, violência durante a gestação e violência física, contando com a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual (ANEXO 2), composta por: assistente social, psicóloga, enfermeira, ginecologista e médica infectologista.

Competências: o HUSM é responsável por atender os casos de Violência Sexual e funciona como um serviço porta aberta, 24 horas, com Acolhimento e Classificação de Risco, sendo a Violência Sexual classificada como urgência (cor laranja), com tempo de espera para atendimento de 15 minutos. O atendimento deve ser feito pelos profissionais Médico/a e Enfermeiro/a, que estão de plantão no momento do atendimento e estes, se necessário, entrarão em contato com a equipe de matriciamento para buscar supervisão para conduta e acompanhamento. A equipe de matriciamento deverá seguir o atendimento à vítima de violência sexual até referenciar o acompanhamento nos serviços de referência do município. Preconiza-se evitar abordagens desnecessárias à mulher em situação de violência sexual, atendo-se ao atendimento, restringindo o número de pessoas que entram em contato com a mulher (HUSM, 2016).

Serviço de apoio: Central de Atendimento Ligue 180.

O **Ligue 180** é um disque denúncia, canal direto de orientação sobre direitos e serviços públicos para a população feminina em todo o país (a ligação é gratuita). Ele é a porta principal de acesso aos serviços que integram a rede nacional de enfrentamento à violência contra a mulher, sob amparo da Lei Maria da Penha, e base de dados privilegiada para a formulação das políticas do governo federal nessa área. Ele realiza o envio de denúncias para a Segurança Pública com cópia para o Ministério Público de cada estado (BRASIL, 2013).

9.3.2 Assistência Social

Serviços de atendimento não especializados: âmbito da assistência social: três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e um Centro Regional Especializado de Assistência Social (CREAS).

CRAS: O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social do Município. Se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que propicia o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de Assistência Social. O Município de Santa Maria possui atualmente 03 estruturas: CRAS LESTE/CAMOBI, CRAS OESTE E CRAS NORTE. Os profissionais são preparados para ouvir e ajudar as mulheres para superarem traumas relacionados a violência doméstica.

CREAS: O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) tem por objetivo, proteger as vítimas de violências e agressões e as pessoas com contingências pessoais e sociais, de modo que ampliem a sua capacidade para enfrentar com autonomia os revezes da vida pessoal e social;

Competências: proteger, monitorar e acompanhar as mulheres em situação de violência, oferecendo a elas um atendimento psicossocial especializado e o encaminhamento aos serviços públicos necessários. Além disso, atua na redução da ocorrência de riscos, seu agravamento ou sua reincidência.

Serviços de atendimento especializado:

Casa Aconchego: é uma casa de abrigo para mulheres em situação de violência. A equipe conta com uma psicóloga e uma assistente social.

Competências: acompanhamento psicológico e social, além de atendimento jurídico para mulheres em situação de violência. Elas permanecem no local após boletim de ocorrência realizado na Delegacia da Mulher.

9.3.3 Segurança Pública e Justiça

Serviços de atendimento não especializado: Delegacia de Pronto Atendimento, Polícia Militar, Departamento Médico Legal; âmbito da justiça: Promotoria e Ministério Público.

Serviços de atendimento especializado: Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres (DEAM) e Patrulha Maria da Penha; âmbito da justiça: Juizado Especial de Violência Doméstica, Promotoria, Defensoria Pública e Ministério Público.

Competências: garantir proteção policial quando necessário, acionando Poder Judiciário e Ministério Público; Encaminhar a mulher aos estabelecimentos de saúde e IML; Fornecer transporte para abrigo ou local seguro diante de risco de vida; Realizar orientações e encaminhar aos outros serviços de atendimento à mulher.

9.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ATENDIMENTO

A equipe multiprofissional deve atuar com base nos princípios da ética, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações reveladas pelas mulheres e familiares. Para acolher a mulher e seus familiares de forma humanizada, o profissional precisa desenvolver uma escuta qualificada. Além de ter atitude compreensiva e evitar prejulgamento, críticas e juízo de valor. Precisa também respeitar o tempo e as decisões de cada mulher, respeitando suas singularidades e necessidades físicas, emocionais, econômicas e sociais.

O serviço de saúde deve atuar buscando a conexão com os demais serviços de atendimento, a fim de dar continuidade ao acompanhamento das mulheres e familiares. Cada profissional da equipe cumpre um papel específico no atendimento, no entanto, todos/as precisam estar sensíveis para as questões da violência, a fim de acolher e dar suporte às demandas das mulheres, utilizando-se deste protocolo.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

São atribuições das/os profissionais enfermeiras/os:

- Acolher, estabelecer vínculo e relação de confiança com a usuária e familiares.
- Registrar no prontuário eletrônico, utilizando a CIPE e os diagnósticos e as intervenções de enfermagem.
- Registrar a data da ocorrência e todos os achados clínicos e emocionais da usuária, o mais detalhadamente possível, com destaque para o(s) tipo(s) de violência sofrido(s).
- Lembrar que este registro será de fundamental importância caso a mulher venha a formalizar a denúncia, podendo fazer parte de processo judicial, e/ou venha a engravidar em decorrência da violência sofrida e optar pelo aborto.
- Notificar na ficha do SINAN;
- Avaliar atraso menstrual e registrar a data da última menstruação.
- Discutir a possibilidade de gravidez ou de infecção por IST/AIDS como consequência da violência sofrida. Orientar para que retorne em caso de atraso menstrual e de outros sinais e sintomas.
- Explicar sobre os procedimentos e os exames, em caso de violência sexual, que serão realizados durante o acompanhamento até a realização da alta, ressaltando a importância da sua adesão ao tratamento proposto.
- Esclarecer a posologia das medicações prescritas e suas possíveis reações adversas, bem como a importância do tratamento.
- Orientar o uso de preservativo em todas as suas relações sexuais. Enfatizar que mesmo que faça uso de outro método anticoncepcional, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possível infecção do seu parceiro.
- Oferecer preservativos.
- Incluir em programas de atendimento específicos, conforme necessidade.
- Orientar e disponibilizar acompanhamento psicológico.
- Programar monitoramento domiciliar, se necessário. Encaminhar para consulta médica, se necessário.
- Em caso de urgência, encaminhar para o hospital de referência.
- Em caso de violência doméstica ou familiar, encorajar a realização da denúncia policial, caso ainda não tenha feito, explicando a importância deste passo. Em casos que a mulher necessite de medidas protetivas de urgência, encaminhar diretamente para a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Rua Duque de Caxias, 1169 – Fone: 3222- 9646).

- Disponibilizar número do telefone da Unidade de Saúde e o nome da(o) Enfermeira(o) que prestou o atendimento, para sanar eventuais dúvidas.

- Realizar contato telefônico e/ou via email para discussão do caso com o Bem-Me-Quero e/ou CREAS, conforme o fluxo de atendimento.

- Agendar retorno para acompanhamento e/ou visita domiciliar.

9.4 NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Atualmente está vigorando a Lei nº 13.931 de 2019, a qual pontua que constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2019).

ANEXO 1

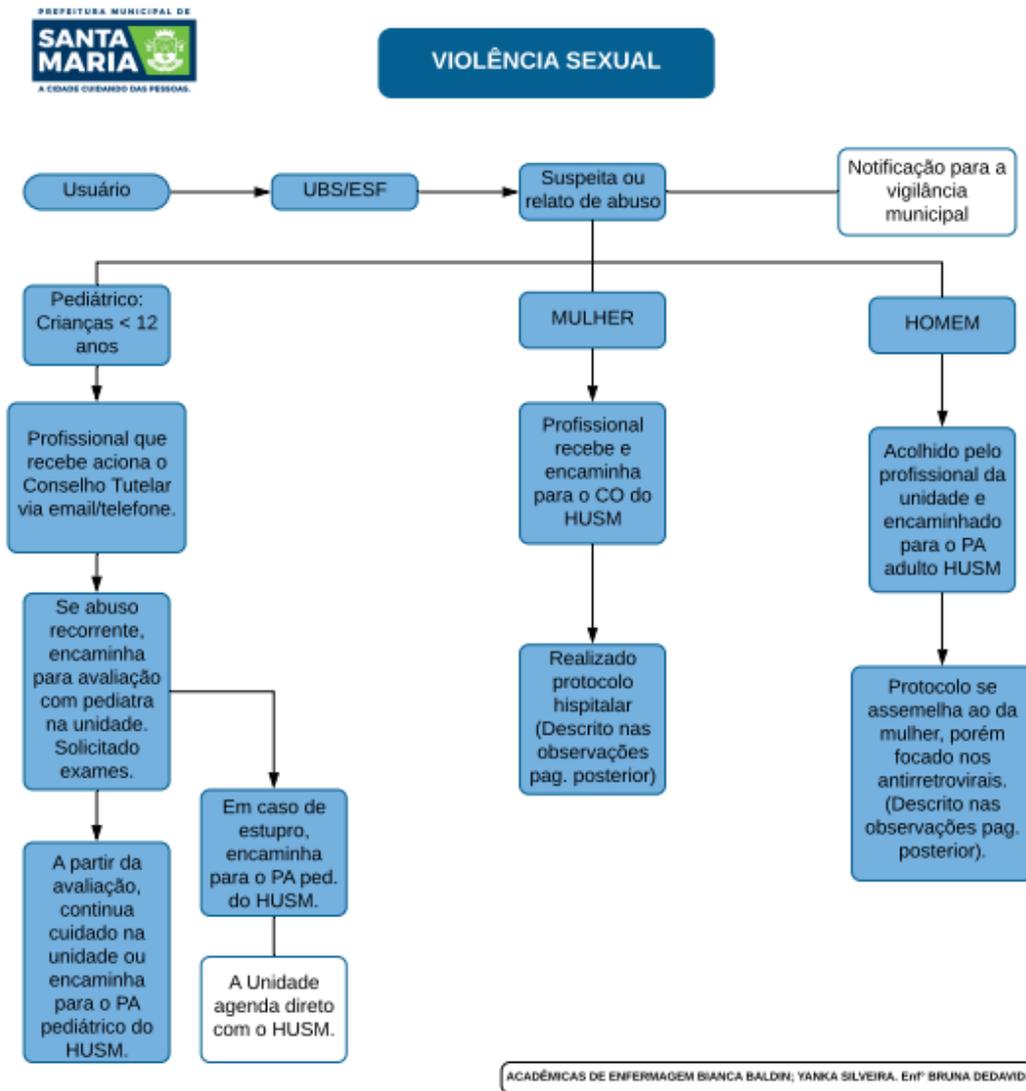
LISTA DE MEDICAMENTOS QUE PODEM SER PRESCRITOS POR ENFERMEIROS:

Candidíase vulvovaginal	<ul style="list-style-type: none">- Miconazol creme vaginal 2%, um aplicador à noite, por 7 noites ao deitar-se (tratamento de primeira escolha);- Fluconazol 150 mg dose única; <p>* Se severa ou persistente (mais de 4 episódios no ano), encaminhar para atendimento médico.</p>
Vaginose Bacteriana	<p><u>Mulheres, incluindo gestantes ou nutrízes</u></p> <p>Metronidazol creme (100mg/g) por 5 noites; OU Metronidazol:</p> <ul style="list-style-type: none">- 250mg- 2cp 12/12h - por 7 dias;- 400mg - 1cp 8/8h - 7 dias;- 400mg/5 cp - dose única;- Metronidazol gel 1% - 5 dias;- 400mg - 1cp 12/12 n m h - 7 dias.
Gonorreia (Infecção sem Complicação)	Ceftriaxona 500mg IM dose única.
Tricomoniase	Metronidazol 400mg- 5 cp- dose única.
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo. Para gestantes: Doxíciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas . Dose total: 7,2 milhões UI IM. Para gestantes: Doxíciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.
ITU em gestantes	- Nitrofurantoina 100mg - uma cápsula de

	6/6 horas, por 10 dias (evitar após 36ª semana de gestação); - Cefalexina 500mg - uma cápsula de 6/6 horas por 7 a 10 dias; - Amoxicilina + Clavulanato 500 mg - uma cápsula de 8/8 horas, por 7 a 10 dias. mg)
ITU em <u>NÃO GESTANTES</u>	- Sulfametoxazol (400 mg) + trimetoprima (80 mg) 2 cpm de 12/12 horas ou - Nitrofurantoína 100 mg 1 cpm de 6/6 hrs de 5 a 7 dias
Cefaléia na gestação	- Paracetamol 750mg 6/6 horas.
Náuseas/Vômito	- Metoclopramida 4 mg/ml - 10mg - comprimido 8/8 horas ou Dimenidrato 50mg + cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6 horas).
Pirose/azia	Hidróxido de alumínio 10 a 15 ml após as refeições e ao deitar-se.
Dor lombar e dor na região pélvica	Paracetamol 750mg 6/6h.
Constipação intestinal e flatulência	Dimeticona (40mg-80mg) 6/6 horas para flatulência; Hioscina (10 mg) 8/8 horas, para dor abdominal.
Ingurgitamento mamário	Paracetamol 750 mg 6/6 horas / Dipirona 500 mg 6/6 horas.
Epistaxe e congestão nasal	Uso de soro nasal com duas a quatro gotas em cada narina 3 a 4 vezes por dia.
Candidose (infecção da mama por candidíase)	Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 ml com conta-gotas ou 0,5 ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período.
Dispareunia e vaginismo na menopausa	- Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses.

ANEXO 2

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA



Fonte: construção das acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Franciscana (UFN) junto à Política de Saúde da Mulher do Município.

ANEXO 3

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL		Nº <input type="text"/>					
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS									
<p>Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.</p> <p>Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.</p>									
Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)			
	5	Data da Ocorrência do Evento		6			Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
	7	Nome				8	Data de Nascimento		
Dados da Pessoa Atendida	9	Idade	10	Sexo	11	Gestante			
	12	Cor	13	Escolaridade					
	14	Ocupação	15	Situação conjugal					
	16	Relações sexuais		17	Possui algum tipo de deficiência?				
	18	Número do Cartão SUS		19			Nome da mãe		
	20	UF	21	Município de residência		Código (IBGE)	22	Bairro de residência	
	23	Logradouro (rua, avenida,...)				24	Número		
	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados da Ocorrência	31	Local de ocorrência						
32		UF	33	Município de Ocorrência		34	Bairro de ocorrência		
35		Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)				36	Número	37	Complemento (apto., casa, ...)
38		Zona de ocorrência		39	Ocorreu outras vezes?		40	A lesão foi autoprovocada?	
41		Meio de agressão		42				Tipo de violências	

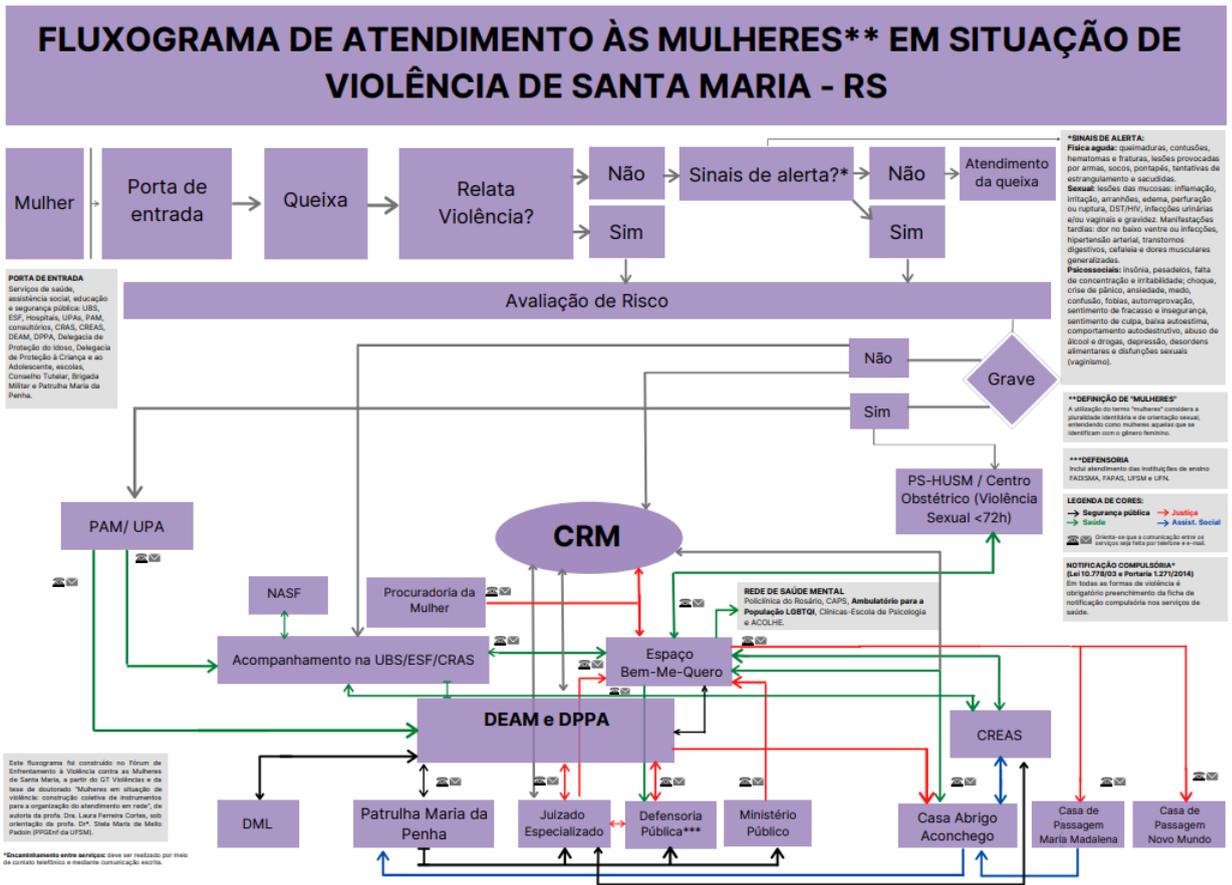
Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor		<input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	
Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		47 Sexo do provável autor da agressão
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido		<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____
Em casos de violência sexual	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução e encaminhamento	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			52 Se óbito pela agressão, data
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outros _____			
54 Circunstância da lesão (confirmada)		55 Classificação final		
CID 10		1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado		
Informações complementares e observações				
TELEFONES ÚTEIS				
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
Notificação	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	

ESTE MODELO DE NOTIFICAÇÃO PODE SER GERADO E IMPRESSO NO GOOGLE PELO LINK ABAIXO:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf

ANEXO 4

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTERSETORIAL AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de novembro de 2019. P. 97.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. 39 f. Brasília, DF, mar. 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPVMENINGITE.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília-DF, 2014.

_____. Lei Federal, nº 9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.10, p.1-3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 19 out. 2020.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649. 2009.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Lei 13.931. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de dezembro de 2019.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: 2012.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: **Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 358/2009 de 15 de outubro de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA - Protocolo de enfermagem – Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida volume 3 - COREN SC, 2017 - Florianópolis: 2017, 124 p.

CORTES, L.F. **Articulação do atendimento em rede para mulheres em situação de violência**. 2017. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

CURITIBA. Atenção à mulher em situação de violência. Protocolo. Curitiba: Ajir, 2008.

d'OLIVEIRA, A.F.P.L.; et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1037-1050, jul./ago. 2009.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. **Protocolo de Enfermagem**. Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis (SC); 2016.

GARCIA, T. R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

KRUG, E. et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.; GASPAR, M.F.M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface- Comunicação Saúde, Educação**. Botucatu, v.15, n.37, p.409-424. 2011.

MENEGHEL, S.N. et al. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface* (Botucatu), v.17, n.46, p.523-33, jul./set, 2013.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Santa Maria: Prefeitura Municipal, 2018.

SCHRAIBER, L.B.; et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1019-1027, jul/ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th Ed. Geneva, 2009. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjeqa3C68DsAhWkK7kGHYuoB84QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1243459%2Fretrieve&usg=AOvVaw1VfnAx3UzbzPL82IB2e znQn>>. Acesso em: 19 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS).

Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 6 nov. 2020 [atual. 13 out. 2021]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas0800>.

WHO (World Health Organization). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO, 2016.