5.3 – Imunizações: Abordagem Oportunística no Atendimento à Mulher

Em todo e qualquer atendimento há a oportunidade de verificar o status vacinal da mulher e, havendo indicação, encaminhar a paciente para a sala de vacinas a fim de atualizá-lo (ver quadro abaixo).

Quadro 5.5 – Vacinas Preconizadas para as Mulheres em Idade Fértil[7,14]

Vacina	Contra quais doenças protege?	Quem deve tomar	Número de doses e aprazamento	Contra indicações	Observações importantes
HPV Quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18)	Papilomavírushumano (HPV)	Adolescentes entre 09 e 13 anos, 11 meses e 29 dias, além de mulheres vivendo com HIV, além de pessoas vivendo com HIV, que tem até 26 anos 11 meses e 29 dias	02 doses: 06 meses de intervalo entre as doses.	Gestação Anafilaxia em dose prévia	As mulheres vivendo com HIV entre 09 e 26 anos deverão receber a vacina no esquema de 03 doses: (0,2 e 6 meses)
dTpa (Tripliceacelular)	Tétano, difteria e coqueluche	Gestantes à partir de 20 semanas semanas de gestação até 45 após o parto.	01 dose a cada gestação	Anafilaxiaem dose prévia	Se status vacinal da gestante desconhecido: complete esquema vacinal da dT e assegure-se que 01 dose seja da dTpa entre 20-36 semanas de gestação, podendo ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto. Se status vacinal da gestante estiver completo com a dT, administre 01 dose entre 20-36 semanas de gestação, podendo ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.
dT (Duplaadulto)	Difteria e Tétano		03 doses D1 D2 2 meses após	Anafilaxia em dose prévia; Síndrome de Guillain-	Deve receber dose de reforço a cada 10 anos.

			a D1 D3 4 meses após a D1 Reforços a cada 10 anos a partir de D3	Barré nas seis semanas após a vacinação contra difteria e/ou tétano anterior.	
Hepatite B	Hepatite B	Todas as pessoas, independente da faixa etária	03 doses D1 D2 1 mês após a D1 D3 6 meses após a D1	Anafilaxiaem dose prévia	A oferta da vacina foi ampliada para toda a população independente da idade e/ou condições de vulnerabilidade, justificada pelo aumento da frequência de atividade sexual em idosos e do aumento de DST nesta população. Importante considerar esquema completo na gestação.
Tríplice Viral ou SRC	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola	Mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior	Duas doses até 29 anos 15 meses e 29 dias. Após 30 anos, considerar uma dose.	Gestação e crianças menores de 06 meses; Anafilaxia em dose prévia; Imunossupressão grave de qualquer natureza: Imunodeficiência devido a câncer ou imunodepressão terapêutica ou adquirida (HIV) com CD4 abaixo de 200.	Pode ser ofertada na consulta puerperal para mulheres com status imunológico desconhecido para rubéola ou para aquelas que apresentaram IgG para Rubéola não reagente no pré-natal. As mulheres vacinadas deverão evitar a gravidez por 30 dias após a aplicação.
Febre Amarela	Contra Febre Amarela	Todas as pessoas até 59 anos 11 meses e 29 dias.	Dose única	Gestantes e nutrizes até o 6º mês após o parto; Crianças menores de 6 meses de idade;	

				História de anafilaxia comprovada em doses anteriores ou relacionada a substâncias presentes na vacina (ovo de galinha e seus derivados, gelatina bovina ou a outras); Imunossupressão grave de qualquer natureza: – Imunodeficiência devido a câncer ou imunodepressão terapêutica ou adquirida (HIV) com CD4 abaixo de 200; Pacientes com história pregressa de doenças do timo (miastenia gravis, timoma, casos de ausência de timo ou remoção cirúrgica).	
Influenza	Gripe (conforme composição que varia anualmente)	Gestantes e puérperas até 0 45º dia de puerpério	Dose única anual	Crianças menores de 06 meses e pessoas com alergia severa ao ovo. Anafilaxia em dose prévia	Esta vacina se estende para grupos prioritários que variam conforme as campanhas anuais.

Maiores informações poderão ser consultadas no Manual de Vacinas *(Manual de normas e procedimentos de vacinação MS/2014), Disponível:* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

5.4 – Exames Laboratoriais no Pré-Natal e Interpretação[1]

Quadro 5.6–Exames a serem solicitados por padrão no pré-natal, interpretações e condutas

1º TRIMESTRE:	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
• Hemograma; • Tipagem Sanguínea; e fator Rh; • Parcial de urina; • Urocultura + antibiograma; • Glicemia de jejum (se alto risco[2] antes de 24 semanas); • Coombs(se Rh -). • Toxoplasmose IgG/IgM; • Anti-HIV(ou teste rápido); • VDRL (ou teste rápido); • HBSAg(ou teste rápido); • ANTI – HCV (oportunizar principalmente para mulheres com vulnerabilidade ou riscos)	• Teste de tolerância para glicose com 75 g, entre 24º e a 28º semanas (para todas as gestantes); • Coombs indireto (se for Rh negativo); • VDRL (ou teste rápido); • Toxoplasmose IgG/IgM(se negativo no1º trimestre). • USG obstétrica.	• Hemograma; • Parcial de urina; • Urocultura + antibiograma; • Anti-HIV (ou teste rápido); • VDRL (ou teste rápido); • HBSAg(ou teste rápido); • Streptococcusdo grupo B; • Toxoplasmose IgG/IgM(se negativo no1º trimestre).

Exame	Interpretação	Observações, indicações e Evidências.
Hemograma	• Hemoglobina > 11g/dl – normal; • Se hb 8-11g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas, trate conforme ao lado; • Se Hb<8g/dL, encaminhe para avaliação médica.	• Hb> 11g/dl, prescrever sulfato ferroso profilático: 1 comprimido de 40mg a partir de 16 semanas; • Se anemia: prescreva sulfato ferroso 120mg (3 comprimidos) ao dia, repetir hemograma em 1 mês; - Se hb subindo: continue tratamento e repita hemograma a cada 1-2 meses até hb> 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (1 comprimido) ao dia até 3º mês pós-parto; - Se hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg (6 comprimidos) ao dia e repita hemograma em 1 mês;

[2] Alto risco para DM gestacional: história prévia de DM gestacional ou bebê grande (≥4,5Kg ao nascimento) ou de malformação/morte perinatal não explicada, glicose na urina, história familiar de diabetes (parentes de 1º grau), IMC >30

		○ Se hb subindo: continue tratamento e repita hemograma a cada 1-2 meses até Hb> 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (1 comprimido) ao dia até o 3º mês pós-parto; ○ Se Hb estagnada ou caindo: encaminhe para avaliação médica.
Urina tipo I(Sumário de urina - SU, EQU)+ Urocultura + TSA(ANTIBIOGRAMA)	• Leucocitúria: presença acima de10.000 células por ml ou cincocélulas por campo; • Hematúria: presença acima de10.000 células por ml ou de três acinco hemácias por campo; • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl; • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	• Se gestante com sintomas urinários no momento da consulta, maneje conforme fluxograma 1.2; • Se primeira cultura positiva e gestante sem sintomas (bateriúria assintomática), encaminhar para consulta médica • Se infecções de repetição ou permanência de cultura positiva apesar do tratamento instituído, encaminhar/discuitir com médico (a); • Em caso de ITU de repetição, realizar seguimento laboratorial (urina tipo I, cultura e TSA) 7 dias após fim do tratamento e, após, mensalmente até o final da gestação; • Em caso de ITU de repetição, discutir com médico (a) possibilidade de tratamento profilático (prescrição médica).
Glicemia de Jejum	• <92 mg/dL, rastreio negativo; • Entre 92 e 126mg/dL, solicitar curva glicêmica no momento da consulta e discutir caso com medico após o resultado (a). • ≥126mg/dL, solicitar curva glicemica e discutir caso com medico (a) – rastreio positivo.	• Se segunda glicemia de jejum <92mg/dL, rastreio negativo; • Se glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl, rastreio positivo,discutir caso com medico e encaminhar seguimento junto ao alto risco.
Teste de Tolerância para Glicose com 75g,	• Para todas as gestantes a partir de 24 semanas; • Para gestantes com menos de 24 semanas, somente se rastreio positivo • Teste de tolerância a glicose (jejum de2 horas pós sobrecarga com 75 g de glicose anidro).	• O valor de referência para diagnóstico de DMG: em jejum ≥ 92 mg/dl; após 2 horas ≥ 153 mg/dl. • Caso alterada, discutir com médico (a) para devidos encaminhamentos
Teste rápido para triagem da	• Teste rápido não reagente ou VDRL	• É recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre, se o

Sífilis e/ou VDRL/RPR	negativo: normal; • Teste rápido reagente e VDRLpositivo: verificar titulação paraconfirmar sífilis.	resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B) - ver anexo VI para graus de recomendação; • Realizar VDRL mensalmente até o fim da gestação. Após o término, fazer monitoramento conforme rotina para não gestante (3/3 meses até fechar 12 meses); • Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Nãoprecisa aguardar VDRL para iniciar tratamento; • Repetir o exame no 2 e 3º trimestre, no momentodo parto e em caso de abortamento; • Lembrar que a sífilis é de notificação compulsória; • O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio daavaliação da história clínica e dados epidemiológicos; • Atenção para história de sífilis pregressa e tratamentos anteriores; • Para maiores detalhes, observar o registrado no Protocolo de Enfermagem vol.2
Teste rápido para diagnóstico Anti HIV e/ou Anti HIV	• Teste rápido não reagente: normal; • Teste rápido reagente e sorologiapositiva: confirmar HIV positivo.	• Deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A) – ver anexo VI para graus de recomendação; • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2); • Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes; • Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV; • Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de

		pré-natal de alto risco e atentar para a prevenção de transmissão vertical; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; • Em caso de gestante que o resultado foi positivo e não sabia, deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco; • Em ambas as situações mantem o seguimento na Atenção básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV;
Toxoplasmose IgG e IgM	• IgG e IgM reagentes: • avidez de IgG fraca ou gestação> 16 semanas: possibilidade deinfecção na gestação – iniciartratamento imediatamente; • avidez(MFC) forte e gestação < 16semanas: doença prévia – nãorepetir exame; • IgM reagente e IgG não reagente:doença recente – iniciar tratamentoimediatamente e repetir o exameapós três semanas; • IgM não reagente e IgGreagente:doença prévia – não repetir oexame; • IgM e IgG não reagente: suscetível (orientar medidas de prevenção erepetir o exame no 2º e 3º trimestres).	**Toxoplasmose gestacional e congênita** são agravos de notificação compulsória; Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, **caso a gestação tenha menos de 16 semanas**, deve ser feito imediatamente o teste de avidez de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para esse procedimento). Nos exames realizados **após 16 semanas de gestação**, não há necessidade do teste de avidez, pois mesmo uma avidez alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que em algumas pessoas a avidez dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avidez baixa uma certeza de infecção recente; • Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: • Lavar as mãos ao manipular alimentos; • Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; • Não ingerir carnes cruas, malcozidas ou malpassadas, 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 lixo ou no solo; • 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 pazinha; • Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; • Lavar bem as mãos após o contatocom os animais;
Teste rápido ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	• HBsAg não reagente: normal; • HBsAg reagente: solicitar HBeAgetransaminases (ALT/TGP eAST/TGO); • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco; • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido.	• O rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe e filho; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • **Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco.**
Anti-HCV	• Anti-HCV não reagente: normal • Anti-HCV reagente: positivo	• Oportunize, preferencialmente, teste rapido. • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Em caso de teste reagente - encaminhar para atendimento medico; • Priorize que este exame seja realizado principamente em situações de vulnerabilidade ou risco.
Tipagem Sanguínea e Fator Rh	• O tipo sanguíneo pode ser dos tipos A, B, AB e O; • O fator RH pode ser do tipo positivo(+) ou negativo(-); • Como exemplo, no resultado do teste laboratorial teríamos A(+) para o sangue do tipo A com fator Rh negativo, e O(-) para o sangue do tipo O com fator Rh negativo.	• Se o fator Rh for negativo e o paidesconhecido ou pai com fator Rhpositivo, realizar exame de CoombsFindireto; • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh,realizar exame de Coombs indireto.
Coombs Indireto	• Coombs indireto positivo:	• Se a gestante for Rh negativo, solicitar a partir da 24º semana este

	gestantesensibilizada; • Coombs indireto negativo: gestantenão sensibilizada.	exame mensalmente até o final da gestação; • Caso o resultado doCoombs indireto for positivo, referenciar ao alto risco. A Imunoglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém-nascidoforRh positivo eoCoombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biopsia de vilo, amniocentese, cordocentese).
Streptococcusdo grupo B[30]	A infecção por Streptococcus do grupo B (GBS) costuma estar associada à sepse neonatal, meningite, pneumonia, óbito neonatal, aborto séptico, coriomnionite, endometrite e outras infecções perinatais. Alguns estudos sugerem a estratégia de screening universal para as gestantes, associada ao uso de antibiótico profilático, é segura e efetiva.	• Considerando que as gestantes que não apresentam rastreamento para GBS são submetidas à antibioticoterapia profilática rotineiramente, a inclusão deste screening, neste contexto, visa evitar o uso desnecessário de antimicrobianos em mulheres não portadoras deste microorganismo; • Quando resultado positivo, anotar na caderneta da gestante, visto que o tratamento é realizado no momento do parto na maternidade.
Citopatológico de Colo Útero (se for necessário)	**Vide quadro 3.1**	
Ultrassonografia	**Solicitar entre 18 e 22 semanas.** Para maior detalhamento sobre a realização da ultrassonografia obstétrica ao longo dos diferentes períodos, consultar o anexo IV.	• É indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no 1º trimestre, se persistir a vontade dos pais estar atento a esclarecimentos sobre implicações psicológicas do exame, indicações, limitações, riscos de falso positivo e falso negativos; • No 2º trimestre apesar de aumentar a taxa de detecção de malformação congênita, não existem evidencias de melhora no prognostico perinatal. Caso haja a opção em realizar entre 18 a 22 semanas é o período onde os órgãos já estão formados e de visualização mais precisa; • No 3º trimestre não existem evidencias de benefícios da USG em gestantes de baixo risco após 24º semana, pode ser uma ferramenta útil de avaliação em casos de suspeita de alteração no crescimento fetal; • A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco

		tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método; • Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

Adaptado do protocolo Saúde das Mulheres[1]

5.5 – Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação

Quadro 5.7–Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação

Modificação /Desconforto	Observações	Orientações/Prescrições de Enfermagem
Cefaléia	• Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; • Pode também estar relacionada a tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; • Sempre 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.	• Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais, exercícios de relaxamento e respiração, pratica de meditação, yoga ou natação podem ser praticas interessantes; • Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; • Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; • Estimular a prática física; • Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; • Se dor recorrente, solicitar avaliação médica; • Afastando a hipótese de qualquer risco

		prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas.
Desmaios/tonturas/fraquezas	• Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); • Diminuição do debito cardíaco; • Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal) • Anemia; • Hipoglicemia.	• Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; • Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; • Estimular pratica 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 de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; • Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas pode melhorar o retorno venoso; • Retorno venoso pode estar indicado; • Avaliar a pressão arterial.
Sonolência	• 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 e inseguranças que circundam a hora do parto.	• Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; • Estimular o repouso; • Estimular a pratica física, exercícios de respiração, yoga; • Estimular a meditação; • Avaliar Pressão arterial; • Aumentar ingesta hídrica.
Insônia	• Stress, sobrecarga de trabalho; • Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; • Aspectos emocionais que circundam o momento do	• Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; • Estimular o repouso; • Estimular a pratica física, exercícios de

	parto como ansiedade, medo; • Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; • Movimentação fetal excessiva.	respiração, yoga; • Estimular a meditação; • Avaliar Pressão arterial; • Aumentar ingesta hídrica; • Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante • Participar de grupos de gestantes; • Ler livros e filmes que relaxem; • Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins; • Banhos mornos, massagens; • Chá de erva doce, suco de maracujá com talo de alface.
Náuseas/vômitos	• Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também; • 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 pasta de dentes; • Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história previa de tabagismo; • Gestação não planejada, problemas conjugais, gestante adolescente ou muito jovem; • Avaliar sempre o risco de evolução para Hiperêmese gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.	• Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência; • Alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve; • Evitar jejum prolongado; • Comer devagar e mastigar bem os alimentos; • Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas); • Evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte; • Ingesta hídrica adequada; • Avaliar risco de desnutrição; • Apoio psicoterápico, se necessário; • Evitar chá de camomila; • Auriculoterapia ou acupuntura; • Consumir gengibre in natura - 500mg a 1g/dia; • Prescrever tratamento medicamentoso, SN: - Dimenidrinato 100 mg de 8/8 horas (não exceder 400 mg/dia) ou

		- Metoclopramida 10mg de 8/8hs até 5 dias – não ultrapassar 30mg/dia – **AVALIAR SE PACIENTE TEM ALERGIA OU SENSIBILIDADE À MEDICAÇÃO, DEVIDO AO RISCO DE SINTOMAS EXTRA PIRAMIDAIS (TREMORES, ANSIEDADE E DESEQUILIBRIO POSTURAL)** **NÃO PRESCREVER METROCLOPRAMIDA PARA MULHERES MENORES DE 18 ANOS** • Na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.
Queixas urinárias	• A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre: • Presença de sinais de alerta; • Presença de sintomas sistêmicos.	• Aumentar ingesta hídrica; • Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; • Caso existam sintomas sugestivos de infecção urinária, avaliar conforme quadro 1.2.
Dor abdominal/cólica	• Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30º semana); • Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. Avaliar sempre: • Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo);	• Orientar paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta debito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); • Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas; • Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar barriga; • Cuidados nutricionais, aumento ingesta hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência;

	• Presença de ITU; • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	• Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; • Em caso e TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo; • Prescrever hioscina 10mg de 8/8 horas por até 5 dias se necessário.
Edema	• No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides dos ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; • Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. Avaliar sempre: • A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia (veja quadro 5.4); • A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal; • Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.	• Elevar pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. várias vezes ao dia; • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se 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 dificultem o retorno venoso; • Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; • Realizar controle de peso e pressão arterial.
Pirose/azia	• Devido a alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; • Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre; • **Se presença concomitante com elevação pressórica,**	• Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência; • Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; • Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; • Elevar a cabeceira da cama ao dormir; • Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces,

	investigar possibilidade de pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: • História Clinica; • Uso de medicamentos.	alimentos gordurosos e/ou picantes; • Caso essas medidas não resolvam prescrever Hidróxido de alumínio,10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se; • Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.
Dor lombar e dor na região pélvica	• As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. • 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, mal-estar geral); • Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); • História de trauma.	• Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; • Recomendar a aplicação de calor local e massagens; • Recomendar acupuntura; • Corrigir postura e movimentar se devagar; • Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural; • Se não melhorarem as dores, considerar prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; • Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; • Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; • Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade; • Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto; • Encaminhar para fisioterapia caso necessário.
Cãibras	• Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez; • A causa pode estar associada a alguns fatores dentre	• Aumentar ingesta de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fosforo (iogurte, grãos, carne

	eles: • Estiramento da musculatura e da fáscia; • Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina; • Redução do nível de Cálcio; • Compressão de raízes nervosas; • Problemas posturais;	vermelha, etc.); • Recomendar pisar em superfície fria; • Massagear musculo contraído e dolorido; • Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); • No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; • Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; • Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; • Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional;
Constipação intestinal e flatulências	• Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e habito de eliminação intestinal inadequado; • Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.	• Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus m grão integrais, mamão, linhaça. Gergelim, mamão, ameixa seca; • Fracionar alimentação 3/3 horas; • Estabelecer como rotina horário de evacuação • Aumentar ingesta hídrica; • Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); • Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão; • Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; • Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar

		para avaliação médica.
Sialorreia	• A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.	• Orientar paciente sobre o desconforto; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar a gestante a deglutir a saliva; • Aumentar ingesta hídrica.
Hiperpigmentação da pele	• O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico; • Devido ao aumento dos Hormônios melanina, estrógeno e progesterona.	• Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico; • Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); • Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.
Dispneia	• Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório; • Atentar sempre as comorbidades e históriaclínica da paciente.	• É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica; • Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Elevar a cabeceira da cama.
Hemorroidas	• 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 no pós-parto; Avaliar: • Aumento da intensidade da dor; • Endurecimento do botão hemorroidário; • Sangramento retal.	• Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal; • Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica.

Leucorreia	• O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas; • Avaliar sempre: • Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene intima no sentido antro posterior com sabão neutro; • Encaminhar bacterioscopia conforme avaliação; • Tratar caso necessário conforme capitulo anterior sobre vulvovaginites.	• O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene intima no sentido antro posterior com sabão neutro; • Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação; • Tratar caso necessário conforme capitulo anterior sobre vulvovaginites.
Epistaxe: sangramento nasal	• O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente em locais menos úmidos e no inverno; • Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação; • Acompanhar pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação.	• Prescrever uso de Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas; • Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz; • Encaminhar para avaliação medica, caso necessário.
Síndrome do TúnelCarpeano	• Ocorre devido a compressão geralmente relacionada ao edema do nervo mediano em torno do polegar; • Os sintomas se iniciam geralmente com sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor.	• Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local; • Dormir com as mãos elevadas; • Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante.
Estrias	• Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região	• Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada as seguintes orientações:

	glútea, nas coxas e nos seios; • Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento.	• A hidratação reflete também na elasticidade da pele, por isso orientar e estimular aumento da ingesta hídrica; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • O ganho adequado de peso também vai atuar na prevenção de estrias; • P.S: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, é também contraindicado na amamentação.
Sangramento nas Gengivas	• 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.	• Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; • Fazer uso de uma escova de dente macia e suave.

5.6 – Gestação e Doenças Infectocontagiosas que Possam Interferir na Saúde do Bebê[18]

5.6.1 – Zika

O Zika é um vírus transmitido pelo Aedes aegypti e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. A gestante com sinais ou sintomas de Zika deverá receber cuidados e orientações complementares em função de uma possível relação com a microcefalia em recém-nascidos de mães que tiveram o vírus.

Todo **caso suspeito deverá ser notificado obrigatoriamente** e o pré-natal deverá ser mantido no CS. Alterações no fluxo de condução do pré-natal estão sujeitas à elaboração de notas técnicas acerca deste agravo.Diante de uma suspeita de gestante com Zika é importante perguntar e registrar sinais e sintomas, histórico de deslocamento para áreas de circulação de Zika vírus e idade gestacional.

a) Sintomatologia/Caso suspeito

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso (obrigatoriamente) acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia, edema periarticular.

Saiba mais em:

http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf



Fonte: Equipe de investigação da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA

b) Cuidados

Repelentes de uso tópico: Orientar a aplicação de produtos repelentes de uso tópico que podem ser utilizados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. Estudos conduzidos em humanos durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópico de repelentes a base de n,n-Dietil-meta-toluamida (DEET) por gestantes é seguro.

(http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/04/Nota-Anvisa-Repelentes-e-Saneantes-02dez2015.pdf)

Repelentes ambientais e uso de inseticidas: Orientar sobre a utilização de produtos saneantes repelentes e inseticidas em ambientes frequentados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. A ANVISA não permite a utilização de substâncias que sejam comprovadamente carcinogênicas, mutagênicas ou teratogênicas em produtos saneantes. Entretanto, como os produtos são destinados a superfícies e ambientes, não são apresentados estudos com aplicação direta em pessoas o que significa que uma superexposição da gestante ao produto pode não ser segura. Dessa forma, a segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos.

(http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/04/Nota-Anvisa-Repelentes-e-Saneantes-02dez2015.pdf)

A consulta de produtos saneantes regularizados na ANVISA pode ser feita nos endereços abaixo:

Registrados: http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto/consulta_saneante.asp

Notificados: http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Notificado/Saneantes/NotificadoSaneante.asp

Cuidados ambientais:

- Orientar a utilização de telas, mosquiteiros ou outras barreiras disponíveis em janelas e portas;
- Estimular o uso contínuo de roupas compridas ou que deixem áreas do corpo o menos expostas possível, aplicando repelente nas áreas expostas. Fique, preferencialmente, em locais com telas de proteção;
- Aconselhar que a gestante evite frequentar locais /horários com presença de mosquitos, focos ou criadouros em potencial (locais com água parada);

Cuidados sexuais

Orientar a prática sexual com uso de preservativos já que se considera que o vírus é capaz de ser transmitido por via sexual, ainda que provas mais contundentes sejam necessárias e devam surgir logo com estudos mais específicos.

SEMPRE ALERTE QUE, EM SUSPEITA DE ZIKA, NÃO SEJAM UTILIZADOS AINES OU MEDICAMENTOS CONTENDO AAS. DESENCORAJE A AUTOMEDICAÇÃO.

c) Puerpério e Zika

Já houve pesquisas que identificaram o vírus em leite materno.Entretanto, não se obteve a sua multiplicação. Como não há evidência científica que demonstre a transmissão do vírus Zika pelo leite materno, o Ministério da Saúde recomenda que seja mantido o aleitamento materno da mesma forma que para as demais crianças.

(http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21869-a-puerpera-infectada-com-o-virus-zika-pode-amamentar)

Observações:

Em gestantes com suspeita de doença exantemática, solicite interconsulta com médico; e não se esqueça de notificar no Info e realizar contato imediato com a vigilância epidemiológica distrital.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

5.6.2 - Gestação e Varicela/herpes-zoster[7]

A varicela é uma doença viral causada pelo vírus Varicela Zoster, habitualmente benigna na infância, embora esteja associada a complicações em gestantes. A infecção em gestantes no primeiro ou no segundo trimestre de gestação pode resultar em embriopatia.

Gestantes que nunca tiveram varicela E que tiveram contato com pessoa infectada (varicela ou herpes zóster) durante pelo menos 1 hora em ambiente fechado, deverão receber a Imunoglobulina (IGHVAZ) até 96 horas a partir do contato.

Realizar solicitação via e-mail à rede de frio (querovacina@gmail.com) e ligar para o setor para certificar que foi recebido pelo telefone 3271-1710.

A dose é de 125UI/10Kg de peso corporal, independentemente da idade. A dose mínima é de 125 UI e a dose máxima é de 625 UI por via intramuscular.

5.7 – Plano de Parto

O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.Este ainda contribui para a redução de procedimentos desnecessários que muitas vezes não tem evidencia cientifica e ainda assim são realizados rotineiramente. Um modelo deste documento está no anexoIII deste protocolo.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

5.8 – Atenção à Mulher no Puerpério – Consulta Pós-Natal

Quadro 5.8 – Cuidados de enfermagem no período puerperal

Período	Cuidados de Enfermagem/conduta
Puerpério Imediato (1º aos 10º dias de pós-parto.	• Esta consulta vem agendada desde a maternidade pelo Capital Criança e tem prioridade; • Verificar Cartão de pré-natal e Carteira de Vacinação do RN. Checar todas as informações técnicas descritas sobre o parto e realizar escuta do relato do parto; • Atentar para situação vacinal da puérpera, exames, medicamentos, sinais vitais, sinais flogísticos, lóquios, comorbidades, queixas, e intercorrências do período; • Realizar exame físico detalhado que segue: 1) Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele; 2) Verificar sinais vitais e antropometria (atentar principalmente para temperatura, pressão arterial e perda de peso); 3) Ausculta cardíaca e pulmonar; 4) Avaliação das mamas (avaliando pega, sinais de fissuras, ingurgitamento); 5) Palpação do abdômen – avaliar involução uterina, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea; 6) Avaliar o períneo e vulva (atentar para lacerações, pontos cirúrgicos, lóquios), avaliar região anal. 7) Avaliar membros inferiores, (atentar para presença de edema e varicosas). • Orientar sobre amamentação, se possível observar mamada e pega, avaliando as condições das mamas; • Atentar para os aspectos sociais e emocionais, rede de apoio ou familiar; • Estimular a manter uma boa postura, adequar lugar que amamenta e postura no leito evitando dor musculoesquelética, estimular a deambulação precoce; • Estimular a realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal; • Se lesões doloridas no períneo sem infecção, prescreva paracetamol 500-1000mg de 6/6 horas ou ibuprofeno 300mg de 8/8 horas se necessário, por até 5 dias; • Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até cicatrização da sutura, após retirar os pontos orientar automassagem para evitar alterações na cicatriz; • Encaminhar para sala de vacina, caso não tenha vacina VTV comprovada; • Avaliar e orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos caso necessário; • Registro adequado em prontuário; • Agendar retorno.
Puerpério Tardio (11º a 45º dia)	• Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono, e sinais flogísticos no período; • Atenção para aspectos emocionais, sociais e rede de apoio familiar;

	• Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo; • Avaliar condições nutricionais da puérpera tendo em vista matriciamento ou encaminhamento para a nutricionista caso necessário; • Realizar exame físico (boa parte do exame pode ser seguido conforme quadro 5.3); • Oferecer métodos de contracepção e trabalhar com a paciente o retorno da atividade sexual segundo suas percepções e escolhas.
Puerpério Remoto (45º dia em diante)	• Avaliar método de contracepção escolhido; • Orientar e agendar Coleta de preventivo caso necessário; • Avaliar Aleitamento Materno e condições da mama; • Avaliar padrão nutricional e perda ou ganho de peso; • Avaliar questões sociais e emocionais, rede apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos, relação mãe e bebê; • Identificar vulnerabilidades e riscos; • Orientar seguimento com alto risco ou avaliação médica em caso de pacientes que tiveram intercorrências na gestação e parto.

No anexo V deste protocolo, encontra-se uma tabela com as alterações emocionais mais comuns em mulheres puérperas

5.9 – Tratamento da anemia no puerpério

- Se em uso, mantenha sulfato ferroso 40mg (1 comprimido) ao dia por 3 meses.
  - Se Hb 7-11g/dL, prescreve sulfato ferroso 120mg (3 comprimidos) ao dia e repita hemograma em 1 mês
    - Se hb subindo: continue tratamento e repita hemograma a cada 1-2 meses até hb> 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (1 comprimido) ao dia até 3º mês pós-parto;
    - Se hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg (6 comprimidos) ao dia e repita hemograma em 1 mês
      - Se hb subindo: continue tratamento e repita hemograma a cada 1-2 meses até Hb> 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (1 comprimido) ao dia até o 3º mês pós-parto;
      - Se Hb estagnada ou caindo: encaminhe para avaliação médica

5.9 – Aleitamento Materno[1,11,12]

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 imunoativas.

A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta, também, a propriedade de promover o espaçamento das gestações e de diminuir a incidência de algumas doenças na mulher.

5.9.1 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 ao processo de amamentação, que se não forem detectadas e tratadas podem interromper precocemente o processo da amamentação.

Quadro 5.9 – Principais itens a serem observados na mamada

Todo profissional de saúde que presta assistência a mães e bebês deve saber observar de forma crítica uma mamada. A seguir, os principais itens que o profissional deve observar na análise de uma mamada:	
Posição Correta • 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; • A mãe não deve sentir dor nos mamilos durante as mamadas.	**Pega correta** • 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 para baixo, com o dedo indicador, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora; • O bebê suga, faz uma pausa e suga novamente; • A mãe pode ouvir o bebê deglutir.

Figura 2 – Pega correta



Fonte: Comitê Municipal de Aleitamento Materno

5.9.2 – Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

Oquadro 5.10descreve de forma resumida as principais queixas e intercorrências que ocorrem no período de lactação e, que serão abordadas neste protocolo.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

5.9.3– Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações 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. Os critérios podem ser vistos no quadro 5.11.

5.9.4 – Retirada e armazenamento do leite materno[29]

Em casos cuja amamentação não esteja contraindicada, mas que a mulher esteja impossibilitada de amamentar, é importante estimular a manutenção do aleitamento materno.

A correta ordenha pode ajudar a manter o aleitamento materno em casos de fissura mamária, onde a pausa da amamentação pode auxiliar a recuperação, dificuldade de pega, ingurgitamento mamário e outras situações.

Passo a passo da ordenha e armazenagem do leite materno:

1. Limpar as mamas: com auxílio de gases/algodões e água potável ou utilizar o próprio leite humano após a eliminação dos primeiros jatos;

2. Providenciar recipiente de material inerte (vidro de boca larga e tampa plástica) que possibilite o fechamento perfeito, de fácil higienização e resistente ao processo de fervura, de volume compatível com a produção láctea materna, com rótulo a ser preenchido;

3. Massagear as mamas;

4. Iniciar expressão manual amaciando a aréola, desprezando as primeiras gotas/jatos;

5. Identificar o recipiente com rótulo contendo data e hora da coleta;

6. Abrir o recipiente e colocar a tampa com a parte estéril virada para cima sobre mesa de apoio;

7. Posicionar o dedo polegar na borda superior da aréola e os demais dedos na borda inferior (base da mama), pressionando e soltando o polegar e o indicador levemente para dentro em direção a parede torácica, repetidamente. A ação de pressionar e soltar, pressionar e soltar não deve machucar ou doer. Se doer, a técnica está errada;

8. Realizar a expressão suavemente para promover a saída do leite. A pressão ao redor da aréola deve ser da mesma forma, em todos os lados, para assegurar que o leite seja extraído completamente. Tentar esgotar as mamas;

9. Ofertar o leite, imediatamente após coleta, em seringa ou copinho, preferencialmente. Em caso de relactação ou translactação, colocar o leite no dispositivo a ser utilizado;

10. O leite restante deverá ser imediatamente armazenado em freezer, cuja temperatura deverá estar < - 3ºC. O tempo máximo de congelamento do leite cru é de 15 dias;

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

11. Degelo do leite:

a. Higienizar as mãos;

b. Colocar água para aquecer o recipiente em banho-maria (temperatura média de 40ºC);

c. Retirar do freezer os frascos que serão degelados e colocá-los no banho-maria para o degelo;

d. Agitar levemente o recipiente para homogeneizar, com movimentos circulares frequentes até verificar a presença de pedra de gelo (aproximadamente 2 cm) no centro do frasco;

e. Retirar o frasco do banho-maria, aguardar o derretimento do gelo e ofertar para o lactente;

f. Desprezar o que não for consumido.

OBSERVAÇÃO: O prazo de validade do leite cru é de 12 horas se guardado na geladeira, no caso de a nutriz optar por não congelar o leite. O manuseio e oferta deste produto seguem as mesmas recomendações sobre ordenha, recipiente de armazenamento e aquecimento.

Quadro 5.10. Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação[15]

Queixa	Por que ocorre	Manejo
O bebê não suga ou tem sucção fraca	• Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a recusa 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.	• 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.
O leite demora a descer	• Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura).	• Deve-se tranquilizar a mulher; • Enquanto o leite não desce, o bebê pode ser alimentado por meio da translactação, que consiste em colocar o leite, de preferência humano (pasteurizado), em um recipiente (copo). O recipiente deve ser colocado abaixo das mamas, a ponta da sonda (sonda nasogástrica nº 4 ou 6) deve ser colocada dentro do copo de leite e a outra junto ao mamilo. O bebê se alimenta enquanto suga o leite e ao mesmo tempo estimula a lactação.
Pouco leite ou leite fraco	• 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.	• 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; • Dar tempo para o bebê esvaziar as mamas; • Oferecer as duas mamas em cada mamada; • Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma

		mamada; • Após a mamada, ordenhar o leite residual.
Mamilos planos ou invertidos	Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impede, pois o bebê faz o bico com a aréola.	• Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação; • 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) ou seringa.
Ingurgitamento mamário	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.	**Fisiológico:** Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade. • 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. **Patológico:** Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, muitas vezes, acompanhada de febre e mal-estar. • 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 500 mg 6/6 horas / ibuprofeno 300mg 8/8h por até 5 dias.**
Lesões ou Dor nos mamilos	Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas, equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido pega e posicionamento inadequados. Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua 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.	• 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; • Amamentar em livre demanda (a criança é levada ao seio assim que sinaliza fome, isso evita que sugue com muita força); • Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita que o bebê sugue 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; • No caso, de fissuras/rachaduras nos mamilos enxaguar com água limpa após as mamadas; • 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; • Se dor, prescrever analgésico; • Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.
Mastite	É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmento 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 freqüência 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, comumente pelo Staphylococcus (aureus e albus) e às vezes por Escherichia colli e	• **Mastite não infecciosa** – Dor, edema, hiperemia e calor local; • Mesmo manejo do ingurgitamento patológico; • Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares. • **Mastite infecciosa –** Dor, hiperemia, edema, calor local, febre (>38ºC), calafrios e mal-estar; • Consulta médica, no mesmo dia.

	Streptococcus, sendo as lesões mamilares, a porta de entrada mais frequente das bactérias. A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa. A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral.	
Abscesso mamário	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.	• Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta e de instalação súbita, sensação de mal estar geral; • Consulta médica, no mesmo dia.
Candidíase(infecção da mama por cândida sp)	A infecção da mama no puerpério por cândida sp 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 esteroides. Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente. Na infecção por cândida sp, a mulher costuma se queixar com coceira, 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 observa 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	• Após as mamadas enxaguar os mamilos, secá-los e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores nos mamilos, se precisar, usar panos limpos e secos; • 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 conta-gotas (1ml) ou 0,5ml 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 cândida é resistente a nistatina; • **Se o tratamento tópico falhar, encaminhe para consulta médica.**

	gengivas).	
Anquiloglossia (freio lingual curto / língua presa)	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.	Se essa condição estiver dificultando a amamentação, está indicada a frenotomia. De acordo, com o Protocolo de Saúde Bucal o procedimento é realizado no Centro de Especialização Odontológica (CEO) e deve ser encaminhado pelo cirurgião-dentista dos Centros de Saúde.

Quadro 5.11– 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	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter 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	Discutir com médico. Geralmente o aleitamento não é contraindicado, exceto se fissuras mamilares ou carga viral elevada.	Possibilidade de transmissão para o bebê
Tuberculose pulmonar	Manter o aleitamento. A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas.	As drogas empregadas no tratamento da tuberculose não causam prejuízo ao bebê.
Doença de chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos	Risco de transmissão da mãe para

	mamilos.	o bebê.
Infecção Herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há o risco de transmissão da mãe para o bebê.
Varicela se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto	Manter aleitamento materno após as lesões assumirem a forma de crosta. Antes disso, discutir com médico a fim de assegurar a nutrição adequada ao bebê, uma vez que a mãe deverá estar isolada. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Em tratamento farmacológico	Alguns fármacos são considerados **contraindicados (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 ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	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.

5.9.5 – Modificações sobre a lactação normal

a) Drogas Galactogogas

Galactagogos são substâncias que auxiliam o início e a manutenção da produção adequada de leite. Os fármacos galactagogos atuam como antagonista dopaminérgico, reduzindo a ação inibitória da dopamina sobre a secreção de prolactina.

O uso de galactagogos deve ser reservado para situações em que foram descartadas as causas tratáveis de hipogalactia como o hipotireoidismo materno, por exemplo. O enfermeiro deverá questionar o uso dos seguintes medicamentos, e caso o identifiquem solicitar interconsulta com médico para avaliação de risco-benefício da manutenção ou retirada dos mesmo e discussão da forma de nutrição do bebê:

- Bromocriptina
- Bupropiona
- Cabergolina
- Ergometrina
- Ergotamina
- Estrogênios, como o etinilestradiol
- Levodopa
- Lisurida
- Modafinila
- Nicotina
- Pseudoefedrina
- Testosterona

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Se mesmo após assegurar que a técnica de amamentação está correta, que já foram esgotadas as medidas que sabidamente aumentam a produção de leite (tais como maior frequência das mamadas e esvaziamento adequado das mamas) o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com médico para discutir a possibilidade de uso de galactagogos nos seguintes casos:

- Induzir da lactação em mulheres que não estavam grávidas como em mães adotivas ou que aguardam seus filhos nascerem de uma barriga de aluguel;
- Auxiliar na relactação;
- Aumentar do suprimento insuficiente de leite decorrente de separação mãe-filho por doença materna ou do lactente, como em mães de recém-nascidos pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatais;
- Corrigir o baixo ganho ponderal do bebê afastando-se outras etiologias.

Dentre as substâncias que induzem, mantêm e aumentam a produção de leite, a metoclopramida é a única disponível na rede.No entanto, sua prescrição deverá ser exclusivamente médica.

Caso seja prescrita, o enfermeiro deverá acompanhar a mãe durante o período de uso em função do risco de depressão materna relacionado à metoclopramida e encaminhá-la ao médico caso observe algum sinal/sintoma depressivo. Atenção para a ocorrência de reação extrapiramidal, que exige atenção médica imediata.

b) Inibição da lactação

No caso de contraindicação da amamentação conforme condição clínica (Quadro 5.11) o enfermeiro deverá orientar medidas de supressão da lactação e garantir a nutrição adequada do bebê:

- Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitando a autonomia da mulher, após decisão informada), e encaminhar o bebê para o médico ou pediatra (referenciar para os serviços de assistência social nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários);
- Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); promovendo a inibição mecânica da lactação;
- Se já tiver ocorrido a apojadura, ordenhar as mamas e realizar a inibição mecânica da lactação na sequência;
- Desencorajar a aplicação de compressas ou banhos quentes nas mamas a fim de diminuir a vasodilatação e aumento de produção láctea.

5.10 Pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero

Abaixo, no quadro XX, são postas condutas e orientações sobre o pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero:

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 5.12 – Consulta Pré-natal de Enfermagem do parceiro ou pares do mesmo gênero

CONSULTA PRÉ NATAL DE ENFERMAGEM DO PARCEIRO OU PARES DO MESMO GÊNERO.		
ETAPAS	**AÇÕES**	**CONSIDERAÇÕES**
ACOLHIMENTO	• Solicitar a presença do pai ou pares para participar das consultas de pré-natal. Viabilizar o acesso da melhor forma possível; • Sensibilizar e orientar de como pode ser a participação do pai ou par no pré-natal, parto e puerpério; • Resgatar a historia do nascimento dos pares e expectativas sobre a gestação, paternidade e períodos de pré-natal, parto e puerpério; • Estar atenta a grau de entendimento e dificuldades desse momento e dessa participação; • Planejar e acordar entre os pares a participação na assistência pré-natal, orientando rotinas e fluxos e flexibilizando agendamentos, quando necessário; • Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal que inclua a participação paterna; • Aconselhamento sobre planejamento reprodutivo de acordo com as expectativas dessa e de uma nova gestação; • Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira ou par do mesmo gênero, a fim de promover e trabalhar aspectos da saúde dos pares; • Discutir com a gestante possíveis ausências paternas ou de par, a fim de resgate da figura paterna na consulta.	
EXAME FISICO IMUNIZAÇÃO SOLICITAÇÃO DE EXAMES	• Agendar consulta para pai ou par, a fim de ser um espaço de escuta de suas queixas de saúde, levantar historia de cuidado e identificar possíveis comorbidades ou situações de vulnerabilidade; • Realizar exame físico, aferição de sinais vitais e antropometria; • Orientar sobre calendário vacinal e oferecer a imunização oportuna no momento; • Realizar ou encaminhar exames conforme necessidade; • Avaliar cada queixa, segundo condutas centradas na pessoa e baseadas em evidencias, de acordo com os protocolos de enfermagem; • Realizar aconselhamento pré e pós-testes.	Oferecer sempre Sorologias: Anti HIV, Sifilis, Anti HCV, HBSAg. Tipagem sanguínea, se necessário; Caso julgue necessário através do Exame físico e história de comorbidades , solicitar exames ou rastreamentos de acordo com protocolos volumes 1,2,3 e 4. Identificar queixas álgicas, nutricionais, sociais, emocionais, motoras etc. Encaminhar para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou outros órgãos necessários.

ENVOLVIMENTO NA ROTINA PRE NATAL, PARTO E PUERPERIO	• Orientar sempre sobre intercorrências, decisões compartilhadas, rotina pré-natal e seguimentos, bem como encaminhamentos; • Resgatar e vincular periodicamente a participação paterna ou de pares do mesmo gênero nas consultas, assegurando a saúde e participação de todos; • Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe, ou de pares do mesmo gênero no pré-natal, pode assegurar a manutenção da saúde e participação de todos (as); • Orientar sobre período de parto e pós-parto, bem como primeiros cuidados e rotinas com o RN e puérpera; • Estimular visitas à maternidade, atividades educativas, grupos, atividade física (quando possível, sempre que não ofereça risco); • Orientar sobre a construção do plano de parto e estimular a construção conjunta do mesmo; • Estimular momentos de lazer e afeto, como passeios, escrever diários e cartas para o bebe, pintura corporal, etc., a fim de promover a saúde mental, vínculo e afeto de todos (as) envolvidos (as); • Discutir sobre a participação do pai ou pares na hora do parto, seguindo a lei do acompanhante – REFORÇAR E QUE A ESCOLHA É DA GESTANTE .	

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O 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 amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. Mulheres que se apresentem menopausadas antes dos 40 anos deverão ser referenciadas para o MFC para investigações adicionais.

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida trata-se de momento oportunístico para o rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV) (conforme Protocolo de Enfermagem vol.1)[17], de cânceres de colo/mama e oferta de Check-up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos.

É importante lembrar que a avaliação de RCV deve ser realizada em todas as pessoas com HAS, DM, DCV. Mulheres sem estas comorbidades, maiores de 65 anos, com IMC ≥ 25 e circunferência abdominal > 88cm merecem atenção especial. Deverá ser solicitada a dosagem sérica (sangue) de: - Triglicerídeos, colesterol total, HDL e calculado o LDL [LDL colesterol mg/dL = Colesterol Total - HDL Colesterol - (Triglicerídeos/5)][3].

Não se deve deixar de realizar exame físico, perguntar sobre sintomas, DUM e uso de método contraceptivo no momento e comorbidades.

6.1 - Terapia de Reposição Hormonal(TRH)

Muitas mulheres nessa fase da vida buscam no serviço de saúde a prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), no entanto acabe ao enfermeiro orientá-la sobre indicações, contraindicações e limitações no tempo de uso (máximo de 4 anos) e idade (até no máximo 60 anos). O uso prolongado de TRH pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares.

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal, com reavaliação semestral e respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, contato que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método. Mulheres em TRH deverão aferir os níveis pressóricos trimestralmente. Deverá ser reservada aos quadros de estrogenização relacionada ao rastreamento de câncer cérvico-uterino (quadro 3.1) ou no caso de queixas relacionadas à sexualidade e funções urinárias, cujo esquema prescrito deverá ser **Estriol1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 21 dias e, pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário (tempo máximo de tratamento por até 3 meses). Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica.**

[3] Para calculadora do risco cardiovascular: http://www.cvriskcalculator.com/.
Para calculadora do LDL: https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=10

Quadro 6.1 – Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Contraindicações absolutas à TRH	Contraindicações relativas à TRH
• História de e/ou câncer de mama; • História de e/ou câncer de endométrio; • História de e/ou doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfiria.	• Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Endometriose; • Miomatose uterina;

Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo[1] (adaptado)

Queixa	Conduta
Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital	• Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual; • Prescrever TRH: estrogênio tópico vulvovaginal, (contanto que não haja contraindicações para este método – ver quadro 6.1); • **Sempre investigar outras possíveis causas.**
Fogachos	Orientar a: • 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 deles; • Não fumar; • Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;
Alterações emocionais/do sono	• Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; • Estimular a participação em atividades sociais; • Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir; • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana; • Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno;

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

	• Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis; • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar 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 irá adormecer; • Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; • Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo MFC quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia.
Diminuição da libido	• Estimular o autocuidado; • Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas 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 de sexo seguro; • Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; • TRH: considerar a terapia hormonal local

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

6.2 – Orientações 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 e vitamina D, incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h;
- Orientar a prática de 150 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período;
- Orientar a realização de atividades de 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;
- Orientar exercícios da musculatura perineal.

6.3 –Contracepção no Climatério

- Se em uso de ACO ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágenos quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Se em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 02 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de progestágeno, continue até os 55 anos ou se ainda menstruando, até 1 ano após o último ciclo.

7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE[4]

A consulta de enfermagem poderá ser realizada quando a adolescente é levada pelos pais/responsáveis/adulto da sua confiança, bem como pode ocorrer quando ela mesma resolve buscar sozinha e espontaneamente pelo atendimento. É seu direito consentir ou recusar o atendimento.

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população.

É importante avaliar a maturidade da adolescente e encorajar a presença familiar, no entanto o acesso à consulta não poderá ser negado caso a adolescente deseje ser atendida sozinha.

O Ministério da Saúde preconiza que a consulta do adolescente deve ser considerada uma oportunidade esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das ISTs/aids, enfatizando a dupla proteção. O momento também é propício ao esclarecimento sobre os efeitos adversos do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Alguns aspectos clínicos têm sua avaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, devendo ser investigados e registrados pelo enfermeiro:

- Anamnese:
- Perguntar o motivo da consulta;
- Verificar histórico de comorbidades e história familiar;
- Orientar sobre ciclo menstrual;
- Atentar para queixas e dúvidas;
- Questionar o humor e aspectos emocionais;
- Exame físico completo:
    - Avaliação antropométrica
        - Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% do seu peso final. Estes parâmetros são alcançados, em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade;
        - Atentar para casos em que o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano, ou menor que 6 cm/ ano em adolescentes na fase puberal;
        - As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca;
        - Alterações abruptas no peso, para mais ou para menos, deverão ser avaliadas pelo MFC para investigação. Não se esquecer de atentar para distúrbios emocionais e alimentares.
- Avaliação do estagiamentopuberal pelos critérios de Tanner:
    - O início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário. O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também. Caso isso não ocorra, o enfermeiro deverá encaminhar para consulta médica.
    - Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente. É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro entre 6 a 12 meses antesda primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina. Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

se do crescimento do tecido endometrial uterino e que se deve apenas cuidar mais da higiene corporal. Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.

- Encaminhar ao MFC se:
  - O aparecimento de pelos pubianos for anterior ao do broto mamário, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário-gonadal;
  - Puberdade precoce (antes dos 8 anos de idade);
  - Puberdade tardia (meninas com ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade).
  - Exame ginecológico: para adolescentes que tenham queixas ginecológicas ou que já tenham iniciado sua vida sexual;

7.1 –Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente

O atendimento à adolescente é, por vezes, polêmico no que diz respeito à forma como o mesmo deve ser realizado. Surgem questionamentos tais como:

- "Precisa estar acompanhada por um responsável legal maior de 18 anos?"
- "Posso realizar avaliação ginecológica sem nenhum outro colega no consultório?"
- "Posso ofertar sorologias e fornecer seus resultados para adolescentes desacompanhadas por um responsável legal maior de 18 anos?"

O Ministério da Saúde recomenda que qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. Havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, pode ser aceita pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, mesmo que este não seja parente direto.

O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, recentemente alterado pela Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016, estabelece na nova redação que:"É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.".

Ainda nesse sentido, a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 regula um conjunto de ações para o planejamento familiar, saúde sexual e saúde reprodutiva, mas não estabelece diretrizes ou restrições específicas para adolescentes, devendo, pois, ser interpretada conjuntamente com a Lei orgânica do SUS e o ECA.

De maneira geral, o atendimento da adolescente pode ser prestado sem a necessidade de um responsável legal presente, bem como lhe é assegurado o sigilo das informações. Assim, deve ser ofertado livre acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Haverá exceções a esta regra que deverão ser analisadas caso-a-caso, como em se tratando de risco de morte (própria e de terceiros) e na suspeita de maus tratos, por exemplo. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

conhecimento dele. Recomenda-se a discussão junto à equipe e registro em prontuário de todo o processo.

Atenção:

Se durante o atendimento à adolescente for identificada violência ou suspeita, deverá ser preenchida a ficha de notificação e aplicado fluxo de atendimento às vítimas de violência do município.**Ainda, em se tratando de crianças/adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA. XII.b.**

7.2 – Testagem sorológica para menores de 18 anos

"Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito. "[3]

Assim como nos demais casos, deverá ser estimulado o acompanhamento por um adulto da confiança da adolescente.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

8 – INFERTILIDADE[1]

Quando houver demanda sobre dificuldade para engravidar, é necessário questionar quanto tempo o casal está tentando. De maneira geral, investigar casais que não atingiram a concepção dentro de 12 meses de atividade sexual regular desprotegida.

As etiologias femininas são detectadas em 13% (fator tubário), 15% (disfunção ovulatória), 31% (reserva ovariana diminuída), 8% (endometriose), 6% (fator uterino) e 12% (vários fatores) dos casos de infertilidade.A avaliação do parceiro é necessária, com pelo menos uma análise do sêmen, enquanto se avalia a mulher.

Questionar/Examinar:

- idade (se >35 anos, pode haver alguma diminuição da fertilidade);
- menstruação irregular ou ausente (ciclo menstrual normal varia de 24 a 35 dias de duração e o sangramento menstrual ocorre por 3 a 7 dias);
- história de infecção sexualmente transmissível ou outro processo pélvico inflamatório;
- cirurgia prévia (associada à disfunção tubária);
- dispareunia (associada à endometriose);
- problemas endócrinos;
- exposição a substâncias químicas;
- doenças autoimunes;
- uso de medicamentos dopaminérgicos;
- galactorréia;
- hirsutismo e/ou acne;
- exame pélvico alterado.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Para a investigação da infertilidade da mulher, o(a) enfermeiro(a) poderá solicitar:

- Hormônio luteinizante (LH);
- Hormônio folículo estimulante (FSH);
- Estrogênio;
- Testosterona livre;
- TSH.

O fator masculino contribui isoladamente em 20% dos casos de casais inférteis e em 30% a 40% adicionais em combinação com outros fatores. Deve-se suspeitar de infertilidade por fator masculino na presença de ovulação normal e tubas patentes na parceira do sexo feminino de um casal infértil.

O principal objetivo da avaliação da infertilidade por fator masculino é encontrar uma causa que possa ser corrigida.

Questionar/Examinar:

- ISTs, varicocele, criptorquidia, infetilidade,trauma local, quimioterapia ou radioterapia prévia;
- medicamentos em uso;
- fibrose cística e ausência congênita bilateral do canal deferente, anomalias do cromossomo Y, síndrome de Klinefelter (47,XXY), endocrinopatia;
- tabagismo (cigarro e maconha);
- uso de banheira de hidromassagem ou sauna.

Para a investigação da infertilidade no homem, o(a) enfermeiro(a) poderá solicitar:

- Espermograma.

Se alterado, encaminhar para consulta médica.

Após os resultados dos exames para investigação de infertilidade encaminhe e discuta com o MFC para seguimento.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf> acesso em 17 jun 2016.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**.2. ed., 2. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>acesso em 17mai 2016.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**.Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/imp_eticas_0.pdf > acesso em 21 jul 2016.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf> acesso em 4 nov 2016.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 29**: rastreamento. Brasilia-DF, 2010.
Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/linha_tempo_cab29.pdf> acesso em 4 nov 2016.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2016.
Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf> acesso em 4 nov 2016.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília-DF, 2016. 1ª edição atualizada Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf> acesso em 4 nov 2016.

8 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_22_06_2016_web_pdf_28406.pdf> acesso 4 nov 2016.

9 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Florianópolis-SC, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.35.51.3a63f3314c0be02ad278320128d3574a.pdf> acesso em 4 nov 2016.

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública**. Florianópolis-SC, 2016. Disponível: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf> acesso 4 nov 2016.

11 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**Pack Brasil Adulto/Versão: Florianópolis**. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária a Saúde. Florianópolis-SC, 2016.

12 DUNCAN et all. MedicinaAmbulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.

13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Florianópolis, 2010.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília-DF, 2014.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf> acesso 4 nov 2016.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 23**. Aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª edição. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf> acesso em 4 nov 2016.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasilia-DF,2015. Disponivel em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_20_10_1.pdf > acesso em 21 set 2016.

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

17 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Enfermagemvol.1**. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis-SC, 2016.
Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_08_2016_21.59.34.ea6112e47c464ef756156513fb07d85e.pdf> acesso em 3 mai 2016.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Procedimentos a serem adotados para a Febre do Zika no Brasil** (Nota Informativa). Brasilia-DF, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf> acesso em 17 jun 2016.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf> acesso em 3 mai 2016.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n° 32**: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. rev. Brasília: Editora

do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf > acesso em 12 jul 2016.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> acesso em 2 jul 2016.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília-DF, 2019. Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes.

23 Lifits-Podorozhansky YM, Podorozhansky Y, Hoffstetter S, Gavard JA. Role of vulvar care guidelines in the initial management of vulvar complaints. J LowGenitTractDis. 2012;16(2):88-91. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22227837.

24 Brasil. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 2ª Ed. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf.

25 UpToDate. Incontinência urinária. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-treatments-for-women-beyond-the-basics?topicRef=2727&source=see_link.

26 FREBASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia eObstetrícia. Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica / HospitalA.C.Camargo, Departamento de Ginecologia. 1 ed.- São Paulo: FAP; 2010.68p.

27 Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. InstitutoNacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev).Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002
59 p.

28 Feuerschuette OHM et al. Candidíase vaginal recorrente: manejo clínico. FEMINA. 2010;38(2):31-36. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a005.pdf

29 Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano. Procedimentos Técnicos para Ordenha, Manipulação e Administração do Leite Humano Cru Exclusivo da Mãe para o próprio filho em Ambiente Neonatal. Disponível em:https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/nt_procedimentos_ordenha_manipulacao_leite_cru.pdf

30 Coutinho T et al. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos. FEMINA. 2011;39(6):329-333. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n6/a2684.pdf.

31 Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Protocolo de Cuidado na Candidíase Vaginal. Disponível em: https://www.mulheres.org.br/protocolo-cuidado-na-candidiase-vaginal/

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

32 Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 40. Brasilia. 2002. 4ª Edição

33 Santos Filho OO, Telini AH. Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

34 Cabral AC, Duarte G, Moraes Filho OB, Vaz JO. Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Capítulo 4, Classificação e tratamento; p.16-23. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].

35 Metoclopramida. En e-lactancia.org. Recuperado 02 Diciembre, 2020 a partir de http://e-lactancia.org/breastfeeding/metoclopramide/product/

36 Sanofi-Aventis Comercial e Logística Ltda. Carta Plasil Sanofi [Internet]. 2013. Disponível em: http://portal. anvisa.gov.br

37 Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016. 32p.: il.

38 Silva, Quézia Santos Moreira da; Silva, Ellen Brito. Uso de plantas medicinais na gravidez : uma revisão integrativa. São Cristóvão, SE, 2017. Monografia (graduação em Farmácia) – Departamento de Farmácia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017

39 DUARTE, Ana Flávia Schvabe et al. O USO DE PLANTAS MEDICINAIS DURANTE A GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO. **Visão Acadêmica**, [S.l.], v. 18, n. 4, feb. 2018. ISSN 1518-8361. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/55983>. Acesso em: 02 dec. 2020. doi:http://dx.doi.org/10.5380/acd.v18i4.55983.

40 Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575.pub4

ANEXO I – TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO

Eficácia por grupo	Método	Uso Típico* (%)	Uso Perfeito/ consistente(%)
Alta eficácia	Vasectomia	0,15	0,10
	Laqueadura	0,5	0,5
	DIU hormonal	0,2	0,2
	DIU de cobre	0,8	0,3
	Implante	0,05	0,05
	Implante com progestágeno	3	0,3
	Injetável combinado	3	0,05
	LAM (por 6 meses)	2	0,5
	Pílula de progestágeno puro oral + lactação	1	0,5
Média eficácia em uso típico, mas alta eficácia em uso consistente	Pílula combinada oral	6-8	0,1
	Pílula de progestágeno oral puro	8	0,3
	Adesivo combinado	8	0,3
	Anel hormonal combinado	8	0,3
Baixa eficácia quando uso é típico e média eficácia quando uso perfeito/consistente	Condom masculino	15	2
	Condom feminino	21	5
	Diafragma	20	6
	Diafragma/espermicida	16	6
	Espermicida	26	6
	Billings	20	3
	Tabela (OginoKnaus)	20	9
	Coito interrompido	27	4

Adaptado de: Ministério da Saúde, 2002; 2016. OMS 2010.

*Uso típico – é a forma costumeira, corriqueira, habitual do uso do método e que está sujeita a esquecimento, vômitos, diarréia etc.

Observação: método contraceptivo é considerado método de apoio quando é associado àquele que já em uso para se potencializar a efetividade da anticoncepção. Exemplos: métodos comportamentais como a abstenção sexual, preservativo masculino e feminino.

ANEXO II – MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU

Situação	Descrição	Conduta	Observações
Sangramento genital/aumento do fluxo menstrual	Efeito adverso mais comum	Prescrever ibuprofeno 600mg 8/8h por até 5 dias ou nimesulida 100mg 12/12h por até 5 dias	Atentar para a possibilidade de deslocamento do DIU, gravidez, infecção (endometrite ou salpingite), pólipo, leiomioma ou câncer endometrial.
Dor	Queixa comum.	Avaliar quanto a presença de DIP, gravidez ectópica, aborto, perfuração uterina ou expulsão do DIU. Prescrever ibuprofeno 600mg 8/8h por até 5 dias ou nimesulida 100mg 12/12h por até 5 dias	Apesar de não haver evidência científica, o uso de auriculoterapia e acupuntura tem auxiliado as mulheres sentirem menos dor, durante e após a inserção do DIU. O bloqueio anestésico local também pode ser usado para a inserção (procedimento médico) Uso de AINE antes da inserção não diminui a dor.
Reação vagal	Manobras bruscas de mobilização do colo ou mulheres mais susceptíveis podem desenvolver reação vaso-vagal, com hipotensão, palidez, bradicardia e sudorese.	Manter a mulher deitada em decúbito dorsal. Observação clínica para posterior liberação.	
Transfixação uterina	Evento raro, ocorrendo 1/1000 inserções. Não há sintomas específicos, mas podem estar presentes dor abdominal leve/moderada e sangramento uterino.	Realizar exame físico observando presença de sinais de alerta – encaminhar para avaliação médica se presentes Solicitar radiografia de abdômen total. Encaminhar para avaliação médica para interpretação do exame.	Se confirmadoa transfixação, médico(a) deverá encaminhar para retirada Não há contraindicação para uso de outro DIU posteriormente
Fio não identificado	O fio do DIU pode não estar visível devido expulsão, perfuração, mau	Introduzir escovinha da coleta do preventivo no canal endocervical e puxar	DIU normoinserido com fio não aparente pode ser mantido até o momento previsto para a sua troca (10

	posicionamento e gravidez.	rotacionando Solicitar USG TV	anos após a inserção), quando a mulher deve ser encaminhada para retirada por meio de histeroscopia
DIU não identificado na cavidade uterina	Pode ocorrer por expulsão ou perfuração com penetração do DIU na cavidade peritoneal.	Solicitar radiografia de abdômen total. Encaminhar para MFC para interpretação.	
Infecção pélvica	Quando relacionado ao DIU, ocorre no primeiro mês de uso. As ISTs estão relacionados à DIP, e não o DIU isoladamente.	Tratamento para vaginoses é o mesmo para mulheres que não usam o DIU	Não é necessário a retirada do DIU para o tratamento de DIP/vaginoses. Iniciar tratamento para DIP conforme descrito no volume 2 (prescrição médica).
Expulsão	Mais comum no primeiro ano de uso. Fatores de risco: inserção no pós-parto imediato, expulsão prévia de DIU, aumento do fluxo menstrual e dismenorreia severa Suspeita de expulsão parcial: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, sinusiorragia ou dispareunia	Se DIU identificado na cavidade vaginal, retirar e descarta-lo. Descartar gravidez (solicitar BHCG ou realizar teste rápido). Solicitar USG transvaginal	Se exames de imagem (USG e RX de abdômen) não mostram DIU na cavidade uterina e peritoneal, considerar que DIU foi expulso
Falha contraceptiva com uso do DIU	Risco de gravidez é maior no primeiro ano de uso Risco maior de parto prematuro	Se gravidez em uso de DIU, encaminhar para MFC para investigar gravidez tubária Encaminhar para alto risco para retirada do DIU	Uso do DIU não aumenta risco de gravidez ectópica Risco de aborto pode chegar a 50% (se removido precocemente, as taxas equivalem às de não usuárias de DIU).
DIU deslocado	O posicionamento ideal do DIU é no fundo uterino. Considera-se mal posicionado se algum segmento esteja inserido no	DIU localizado no istmo e que não descende ao canal cervical (localizado acima do orifício interno), em mulheres assintomáticas, não	

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

	miométrio, no canal cervical (abaixo do orifício interno) ou distante do fundo uterino (no istmo), o que pode ocorrer em 10% dos casos	carecem de reposicionamento, uma vez que a probabilidade de expulsão é pequena. Posicionado abaixo do orifício interno, pode ser retirado e inserido inserdonovo DIU ou reposicioná-lo por vídeohisteroscopia.	
Actinomicose em colpocitologia	Actinomyces é um organismo comensal da vagina, mas pode associar-se a infecção quando há proliferação exagerada. Em mulheres que usam DIU de cobre, há maior prevalência deste organismo	Não é necessário a retirada do DIU ou tratamento em mulheres assintomáticas Quando há doença infecciosa pélvica por Actinomyces, remover o DIU e encaminhar para MFC para iniciar antibioticoterapia (penicilina ou derivados)	
Ressonância magnética	Mulheres que utilizam DIU de cobre podem realizar ressonância magnética da pelve com segurança.		Orientar à mulher que relate no local do exame que utiliza DIU pela possibilidade de afetar as sequências utilizadas e os artefatos do exame
Colpocitologia oncótica alterada	O uso do DIU nãoaumenta o risco de neoplasia intraepitelial cervical ou câncer de colouterino.		

Adaptado de: Giordano MV. Giordano LA. Panisset KS. Dispositivo intrauterino de cobre. FEMINA: 2015, vol 43, supl.1 Disponível em:http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4850.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

ANEXO III– MODELO DE PLANO DE PARTO

Sugestão de roteiro para o Plano de Parto
O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.
1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ( ) sim ( ) não 2. Quem você quer presente durante o parto? ( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Filha (o) ( ) Outros _____ ( ) Mãe ( ) Outros familiares ( ) Amiga(o) ( ) Doula
No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.
3. Deseja usar supositório de glicerina? ( ) sim ( ) não
Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.
4. Métodos de alivio da dor que deseja ter como opção? ( )Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento ( ) Massagens ( )Banho de banheira ou chuveiro ( ) Respiração profunda ( ) Anestesia com medicamentos ( ) Outros _____
5. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Que deseja ingerir? ( ) Água ( ) Chás ( ) Suco de fruta ( ) Outros _____ ( ) Gelatina
6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar. ( ) Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto. ( ) Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.
A posição do parto deve ser escolhida pela a mulher

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

7. Qual posição deseja ter o parto?
( ) Sentada/Cócoras ( ) De lado
( ) Deitada com cabeceira elevada ( ) Outros: _____

Em poucos casos pode ser necessário realização a episiotomia (corte na vagina), uso de extratores e de indução ao parto. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

O bebê que nasce bem é secado e matido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamamr logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.

8. O bebê ao nascer deve ter seu cordão umbilical cortado após parar de pulsar (após 1 minuto de vida), e quanto ao corte a paciente pode escolher quem irá cortar ou se ela mesma quiser cortar:
( ) Pelo profissional ( ) Pelo marido/perceiro/pai do bebê
( ) Por você mesma (Outros _____

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê nas esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e elimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação a vivência do parto, registre aqui:

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Adaptado da carteira de gestante do Município de Belo Horizonte - MG 2015.

ANEXO IV– EVIDÊNCIAS SOBRE A REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA NOS DIFERENTES PERÍODOS DA GESTAÇÃO[1]

Trimestre	Condutas com relação à ultrassonografia
1º trimestre	• 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). • Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, referencialmente deve ser realizada por via transvaginal. • Datação da idade gestacional por ultrassonografia: • Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; • Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalcular durante a gravidez. • Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos: - Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucêncianucal (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 à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B). • Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	• Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco 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	• 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). • Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.
Observações gerais	• A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore

o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).

- Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.
- Deve ser solicitada uma Ultrassonografia no pré-natal de baixo risco sem intercorrência no período de 18 a 22 semanas. Demais situações devem ser decididas em interconsulta com o médico.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

ANEXO V– ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MAIS COMUNS EM PUÉRPERAS

	Tristeza puerperal – "baby blues"	Depressão puerperal	Psicose puerperal
Frequência	50 a 70% dos nascimentos	10 a 15% dos nascimentos	1 a 5 em cada 1000 habitantes
Principais sintomas	Humor depressivo Fadiga Insônia Ansiedade Preocupação excessiva com os cuidados com o RN Choro fácil Dificuldade de concentração	Sensação de Incapacidade Sentimento de culpa Transtorno de sono Mudanças de humor Tristeza constante Baixa autoestima Desanimo ou cansaço extremo Incapacidade de cuidar de si ou do RN Pouco ou nenhum interesse pelo bebe Falta de apetite Medo de ficar sozinha Sentimento deculpa Cansaço extremo	Transtorno do Sono Irritabilidade] Mudanças de Humor Sintomas psicóticos (delírios, crises, alucinações) Situações de risco de vida ao RN ou a paciente
Duração	O pico fica entre 3º e o 6º dia. Geralmente dura menos de 1 semana.	A maior parte dos casos ocorrem nos dois primeiros meses de pós parto. A duração é variável	Da primeira semana ao 1º mês. A duração é variável
Hospitalização	Não necessita hospitalização	Pode necessitar hospitalização	Pode necessitar hospitalização
Prognóstico	Se duração maior que um mês, procurar um profissional	Melhor prognostico que outras depressões	Pode ser o inicio de um depressão psicótica, esquizofrenia ou síndrome cerebral orgânica
Conduta	Apoio familiar e dos profissionais da atenção primária	Acompanhamento com média complexidade especializada em saúde mental	Necessário tratamento com profissionais de saúde mental

Adaptado de:

CEPÊDA, Teresa, et.al. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa, 2006. Disponível em: https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf

FIGUEIRA, Patrícia, et.al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Revista Saúde Pública, vol.43, no. 1, 2009.

GONÇALVES, Ana, et.al. Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto. Revista Saúde em Foco, nº 10, 2018.

MEIRA, Bianca, et.al. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. Texto Contexto Enfermagem, vol.24, no. 3, 2015.

MORAES, Inácia, et.al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Revista de Saúde Pública, vol.40, no.1, 2006.

Theme, Mariza, et.al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. Journal of Affective Disorders, 2016.

ANEXO VI – GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE CONDUTAS

Grau	Definição do grau	Sugestão para a prática
A	Recomendação de que se ofereça o serviço, pois existe extrema certeza de que o beneficio é substancial	Oferecer/prover esse serviço
B	Recomendação que se ofereça o serviço, poisexiste moderada certeza de que os benefícios variam desubstanciais a moderados	Oferecer/prover esse serviço
C	Recomendação contra a oferta rotineira doserviço. Pode-se considerar a oferta do serviço parapacientes individuais. Existe de substancial a moderadaevidência de que o beneficio é pequeno.	Oferecer/prover esse serviçosomente se tiver outrasconsiderações que suportam a suaoferta para pacientes individuais.
D	Recomendação contra a oferta do serviço. Existe de moderada a muita certeza de que o serviço não trásbenefício ou que os danos superam os benefícios.	Desencorajar a prática desseserviço.
I	A atual evidência é insuficientepara avaliar os benefícios e danos de se adotar oserviço. A evidência está faltando, é de má qualidade ouconflituosa e, desse modo, impossível de determinar osbenefícios e danos da sua adoção	Caso seja oferecida, o pacientedeveria ser informado e estarciente das incertezas sobreos danos e benefícios daintervenção.

Adaptado[5]

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	-	-	Melhora geral na redação e correção de erros de grafia e formatação.	15/12/2016
1.1	2 e 6	16 e 74	Inclusão do tempo de uso do estrogênio intravaginal.	15/12/2016
1.1	2	17	Inclusão da avaliação da vacina tríplice viral.	15/12/2016
1.1	2	19	Separação pílula isolada de progestágeno e minipílula de noretisterona no quadro 2.2.	15/12/2016
1.1	5	52	Inclusão de sinais de alerta para dor abdominal/cólicas.	15/12/2016
1.1	5	53	Alteração na posologia do hidróxido de alumínio para adequação ao medicamento disponível na REMUME.	15/12/2016
1.1	-	-	Alteração na posologia dos medicamentos substituindo o número de comprimidos pela dose total necessária, podendo ser em qualquer apresentação disponível na REMUME (comprimidos, cápsulas, solução oral, etc.).	15/12/2016
1.1	5	67	Modificação na redação da posologia da nistatina oral.	15/12/2016
1.2	2	17 e 19	Inclusão de observação sobre adaptação do quadro 2.2	04/08/2017
1.2	5	35	Mudança de“NIC III” para “Lesões de alto grau em colo uterino ou maiores”.	04/08/2017
1.2	5	35-36	Retirada da “restrição de crescimento uterino” como critério para encaminhamento imediato à urgência obstétrica, mantendo no alto-risco.	04/08/2017
1.2	2	18-20	Inclusão da possibilidade de prescrição dos métodos contraceptivos de critério 2.	04/08/2017
1.2	2	21	Habilitação do enfermeiro para colocação e retirada de DIU, quando treinado para tal fim.	04/08/2017

1.2	3	27	Inclusão de observações para coleta de citopatológico em mulheres HIV+.	04/08/2017
1.2			Inclusão do capítulo 8.	04/08/2017
1.3	1	8	Inserido questões a serem abordadas na entrevista inicial	02/01/2020
1.3	1	11	Inserido orientação sobre candidíase de repetição e seu tratamento	02/01/2020
1.3	1	11	Inserido observação sobre contraindicação do fluconazol para gestante	02/01/2020
1.3	1	11	Inserido possibilidades terapêuticas/naturais para tratamento da candidíase	02/01/2020
1.3	1	13	Retirado ducha vaginal para vaginose citolítica	02/01/2020
1.3	1	10, 15 e 18	Inserido sinais de alerta no corpo dos fluxogramas	02/01/2020
1.3	1	13	Alterada observação sobre uso de metronidazol durante amamentação	02/01/2020
1.3	1	13	Inserido tópicos sobre hipersensibilidade ao plasma seminal	02/01/2020
1.3	1	16	Incluído tratamento para disúria e bacteriúria assintomática em gestante e cefalexina como opção terapêutica para não gestante	02/01/2020
1.3	1	17	Inserido analgesia para alívio sintomático da disúria	02/01/2020
1.3	1	18	Inserido prescrição de hioscina para cólica menstrual	02/01/2020
1.3	1	19	Alterado tempo de tratamento com estriol e inserido critérios para não prescrever	02/01/2020
1.3	2	20	Inserido tópicos sobre cisto e abscesso de Bartholin e incontinência urinária	02/01/2020
1.3	2	21	Inserido condutas de enfermagem no período pré-concepcional	02/01/2020
1.3	2	23	Atualizado o quadro de Categorias de Elegibilidade para métodos anticoncepcionais	02/01/2020
1.3	2	23 e 24	Destacado em vermelho situações em que o enfermeiro não pode prescrever determinado método	02/01/2020
1.3	2	25 e 26	Alterada a ordem de apresentação do quadro 2.3 para ficar na mesma	02/01/2020

			seqüência dos MACs do quadro 2.2	
1.3	2	27	Inserido conduta para sangramento vaginal por uso de anticoncepcional	02/01/2020
1.3	2	28	Inserido quadro com outros Métodos Anticoncepcionais Hormonais disponíveis no mercado (não disponibilizados na rede pública)	02/01/2020
1.3	2	31	Inserido quadro Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental	02/01/2020
1.3	2	36	Inserido técnica para medição do diafragma	02/01/2020
1.3	2	37	Inserido contraindicações para inserção do DIU	02/01/2020
1.3	2	38	Prescrição e inserção do DIU por enfermeiro(a) capacitado(a) institucionalmente	02/01/2020
1.3	3	44 e 45	Inserido imagens de colos uterinos com achados normais e alterados	02/01/2020
1.3	4	46	Inserido quadro com aprazamento para solicitação de mamografia de rastreamento	02/01/2020
1.3	4	46	Alterado o termo “bianual” para “a cada 2 anos”	02/01/2020
1.3	4	48	Inserido solicitação de USG de mamas para investigação de nódulos	02/01/2020
1.3	4	48	Inserido fluxograma para mulher com queixa de nódulo(s) mamários	02/01/2020
1.3	5	51	Observação sobre a gestante em acompanhamento no alto risco manter consultas com sua equipe de referência	02/01/2020
1.3	5	59	Atualização da tabela de vacinas	02/01/2020
1.3	5	62	Atualização da tabela de exames de rotina para gestante e sua periodicidade	02/01/2020
1.3	5	62	Atualizado tratamento para anemia	02/01/2020
1.3	5	63	Atualização no rastreio da DM gestacional	02/01/2020
1.3	5	66 e 67	Inserido solicitação de eletroforese de hemoglobina para mulheres negras e haitianas e Streptococcus do grupo B	02/01/2020
1.3	5	71	Inserido prescrição de hioscina se cólica durante gestação	02/01/2020

ENFERMAGEM Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

1.3	5	77	Tópico sobre gestação e doenças infectocontagiosas colocado entre tópicos de pré-natal e puerpério	02/01/2020
1.3	5	79	Observação sobre solicitação de imunoglobulina na gestante exposta a varicela/herpes-zoster que necessita de bloqueio	02/01/2020
1.3	5	80	Inserido prescrição de paracetamol ou ibuprofeno para dor no períneo no puerpério	02/01/2020
1.3	5	81	Inserido tratamento da anemia no puerpério	02/01/2020
1.3	8	80	Retirado capítulo sobre PVHIV	02/01/2020
1.3	5	83	Inserido tópico sobre retirada e armazenamento do leite materno	02/01/2020
1.3	5	87	Substituição da dipirona por ibuprofeno para lactante com ingurgitamento mamário	02/01/2020
1.3	6	93	Inserido indicação de rastreamento para doença cardiovascular e links para calculadoras de risco cardiovascular e LDL	02/01/2020
1.3	6	95	Retirada da dosagem diária de cálcio e vitamina D em miligramas	02/01/2020
1.3	8	99	Inserido capítulo sobre infertilidade	02/01/2020
1.3	8	99	Inserido solicitação de hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo estimulante (FSH), estrogênio, testosterona livre, TSH e espermograma para avaliação da infertilidade	02/01/2020
1.3	ANEXO	105	Inserido tabela com taxa de falha de métodos de contracepção	02/01/2020
1.3	ANEXO	106	Inserido tabela com manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU	02/01/2020
1.3	ANEXO	106	Inserido solicitação de radiografia de abdomen total para confirmar posição do DIU quando suspeita de transfixação uterina	02/01/2020
1.3	ANEXO	113	Inserido alterações emocionais mais comuns no puerpério	02/01/2020
1.3	ANEXO	114	Inserido graus de recomendação das condutas clínicas	02/01/2020
1.3	TODOS	TODAS	Inclusão de hiperlinks para	02/01/2020

fluxogramas, quadros e anexos

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis