Coren SC
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Volume 3

Foto: Aline Ruivo Alves

SAÚDE DA MULHER

Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida

Florianópolis, dezembro de 2016.
(atualizado em setembro de 2017).

Versão 1

www.corensc.gov.br

facebook.com/corenSC

twitter.com/Corensc

instagram.com/corensc

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS SAÚDE

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 3

Atualizado em Setembro de 2017

SAÚDE DA MULHER

Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida

COLABORAÇÃO

Elizimara Ferreira Siqueira

DIAGRAMAÇÃO

Karen Nascimento Ramos

Florianópolis, dezembro de 2016

Versão 1

Prefeito
Gean Marques Loureiro

Vice-Prefeito
João Batista Nunes

Secretário de Saúde
Carlos Alberto Justo da Silva

Secretário Adjunto
Sandro José Andretti

Diretor de Atenção à Saúde
Nulvio Lermen Junior

Gerente de Atenção Primária
Sandra Regina da Costa

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização daAssistência de Enfermagem (CSAE)
Elizimara Ferreira Siqueira

Autores
Anna Carolina Ribeiro Lopes Rodrigues
Julia Maria de Souza
Laura Denize Reboa Castillo Lacerda
Lucas Alexandre Pedebos
Noélia Fernandes de Oliveira
Tatiana Vieira Fraga
Vinícius Paim Brasil

Colaboradores

Ana Carolina Severino Da Silva
Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica
Caren Cristina Wiles Della Méa da Fonseca
Carmen Ruggi Bonfim Santoro
Cilene Fernandes Soares
EdlaZwiener González
Fernanda De Conto
Fernanda Paese
Gisele Magnabosco
Guilherme MortariBelaver
Ingrid Valeria Veronez
Izabel Cristina MartendalConrat
JadsonJovaert Mota Kreis
João Marcos Emerenciano
Juliana Cipriano Braga Silva
Karina Mendes Garcia
Milena Pereira
Missouri Helena Bizarro Komatu Paixão
Priscilla Cibele Tramontina
Renata Da Rosa TurattiFetzner
Stella MariaPfutzenreuter
Solange Alberti Andrzejewski

Este documento está licenciado sob a licença CreativeCommons – Atribuição Não-Comercial 4.0 Internacional. Ele pode ser replicado ou adaptado, no todo ou em parte, contanto que a fonte seja citada e o uso não seja com propósitos comerciais.

GESTÃO PARTICIPAÇÃO 2018-2020

DIRETORIA

Presidente
Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29.525

Secretária
Enf. Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510

Tesoureira
Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183.306-TE

Membros Efetivos
Enf. Esp. Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82888
Enf. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9406
Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29525
Enf. Msc. Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58205
Enf. Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510
Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183306
Téc. de Enf. Míssia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139423
Téc. de Enf. Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575913
Aux. de Enf. Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586762

Membros Suplentes
Enf. Esp. Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201279
Enf. Dayane Carla Borille – Coren/SC 86248
Enf. Msc. Jerry Schmitz – Coren/SC 80977
Enf. Esp. Lais Concellos – Coren/SC 75136
Enf. Ediane Bergamin – Coren/SC 148765
Téc. de Enf. Daniela Maçaneiro – Coren/SC 119636
Téc. de Enf. Eliana Maria Kraeul Quintino – Coren/SC 87230
Téc. de Enf. Felipe da Rosa Pedro – Coren/SC 680401
Téc. de Enf. Vilmar Wanderet – Coren/SC 319008

COMISSÃO DE ÉTICA DO COREN/SC

Membros Efetivos
Maria do Carmo Vicensi - Coren/SC 61.288 - Coordenadora
Giana Marlize Boeira Poetini - Coren/SC 104.054
Maristela Jeci dos Santos - Coren/SC 58.528
Bernadette Kreutz Erdtmann - Coren/SC 62.472
Elizandra Faria Andrade - Coren/SC 83.641

APRESENTAÇÃO

A saúde da mulher é uma temática estruturante da atenção primária no Brasil desde seu início, ainda antes da construção da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Inicialmente focada apenas nas questões de saúde reprodutiva, foi expandida na tentativa de abarcar a integralidade pretendida para o SUS.

Este documento faz uso de um grande número de quadros explicativos no intuito de tornar a visualização de condutas complexas, com grande variabilidade, mais fácil. Ainda assim, nota-se que este protocolo ficou com um número de páginas bem acima do praticado nos protocolos de enfermagem anteriores, justamente pela dificuldade em considerar cada um dos pontos abordados menos importantes, de modo que pudéssemos excluí-los.

Da mesma maneira que nos protocolos anteriores, os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar desapercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas evidências mais recentes.

Para maiores detalhamentos ou aprofundamentos teóricos sobre os temas aqui abordados, continuamos recomendando livros texto, os Cadernos de Atenção Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde) ou artigos científicos específicos, muitos desses descritos nas referências deste protocolo.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997(solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

Carlos Alberto Justo da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

Helga Regina Bresciani
Presidente do Coren/SC

Coren SC
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS ____ *21*

LISTA DE FLUXOGRAMAS ____ *23*

1 – ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS ____ *8*

1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites ____ **8**

1.1.1 – Entrevista ____ 8

1.1.2 – Exame Físico ____ 8

1.1.3 – Vaginose Citolítica ____ 12

1.2 – Infecção Urinária não Complicada ____ **12**

1.3 – Cólica Menstrual ____ **14**

1.4 – Dispareunia e Vaginismo ____ **16**

1.4.1 – Toque Bimanual ____ 16

2 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR ____ *17*

2.1 – Preconcepção ____ **17**

2.2 – Métodos Contraceptivos ____ **17**

2.3 – Contracepção de Emergência ____ **24**

3 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ____ *26*

4 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA ____ *30*

4.1 – Ações de Rastreamento ____ **30**

4.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas ____ **31**

4.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários ____ **31**

5 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL ____ *34*

5.1 – Avaliação de Risco no Pré-Natal ____ **34**

5.2 – Roteiro das Consultas ____ **36**

5.3 – Imunizações: Abordagem Oportunística no Atendimento à Mulher ____ **42**

5.4 – Exames Laboratoriais no Pré-Natal e Interpretação ____ **43**

5.5 – Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação ____ **49**

5.6 – Plano de Parto ____ **59**

5.7 – Atenção à Mulher no Puerpério – Consulta Pós-Natal ____ **60**

5.8 – Aleitamento Materno 62
5.8.1 Técnica de Amamentação 62
5.8.2 – Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação 63
5.8.3 – Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações absolutas e relativas 63
5.8.5 – Modificações sobre a lactação normal 70
5.9 – Gestação e Doenças Infectocontagiosas que Possam Interferir na Saúde do Bebê 71
5.9.1 – Zika 71
5.9.2 - Gestação e Varicela 73
6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO *74*
6.1 - Terapia de Reposição Hormonal (TRH) 74
6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa 76
6.3 – Contracepção no Climatério 76
7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE *77*
7.1 – Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente 78
7.2 – Testagem sorológica para menores de 18 anos 79
8 – CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGUIMENTO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) *80*
REFERÊNCIAS *82*
ANEXO I – MODELO DE PLANO DE PARTO *85*
ANEXO II – EVIDÊNCIAS SOBRE A REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA NOS DIFERENTES PERÍODOS DA GESTAÇÃO *87*
CONTROLE DE ALTERAÇÕES *89*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites ____ 11

Quadro 1.2 – Tratamento da Dificuldade Urinária não Complicada em Mulheres ____ 14

Quadro 2.1 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos ____ 18

Quadro 2.2 – Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro ____ 19

Quadro 2.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU) ____ 21

Quadro 3.1 – Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos ____ 26

Quadro 3.2 – Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino ____ 28

Quadro 4.1 – Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama ____ 30

Quadro 4.2 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias ____ 32

Quadro 5.1 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica ____ 34

Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação ____ 37

Quadro 5.3 – Exame Clinico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal ____ 38

Quadro 5.4 – Classificação do edema ____ 40

Quadro 5.5 – Vacinas Preconizadas para as Mulheres em Idade Fértil ____ 42

Quadro 5.6 – Exames a serem solicitados por padrão no pré-natal, interpretações e condutas ____ 43

Quadro 5.7 – Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação ____ 49

Quadro 5.8 – Cuidados de enfermagem no período puerperal ____ 60

Quadro 5.9 – Principais itens a serem observados na mamada ____ 62

Quadro 5.10. Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação ____ 64

Quadro 5.11 – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contraindicação de aleitamento materno ____ 68

Quadro 6.1 – Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) ____ 74

Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo ____ 75

Quadro 8.1 – Síntese de periodicidade de solicitação de CD4, Carga Viral e prova tuberculínica da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS por enfermeiros _____ *80*

*Quadro 8.2 – Interpretação dos resultados de CD4 e Carga Viral e condutas*_____ *80*

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1.1 – Corrimento Vaginal ou Cervicites _____ *10*

Fluxograma 1.2 – Infecção urinária _____ *13*

Fluxograma 1.3 – Cólica menstrual _____ *15*

1 – ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites [1,8]

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

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

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

1.1.1 – Entrevista[1]

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

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

1.1.2 –Exame Físico[1,8]

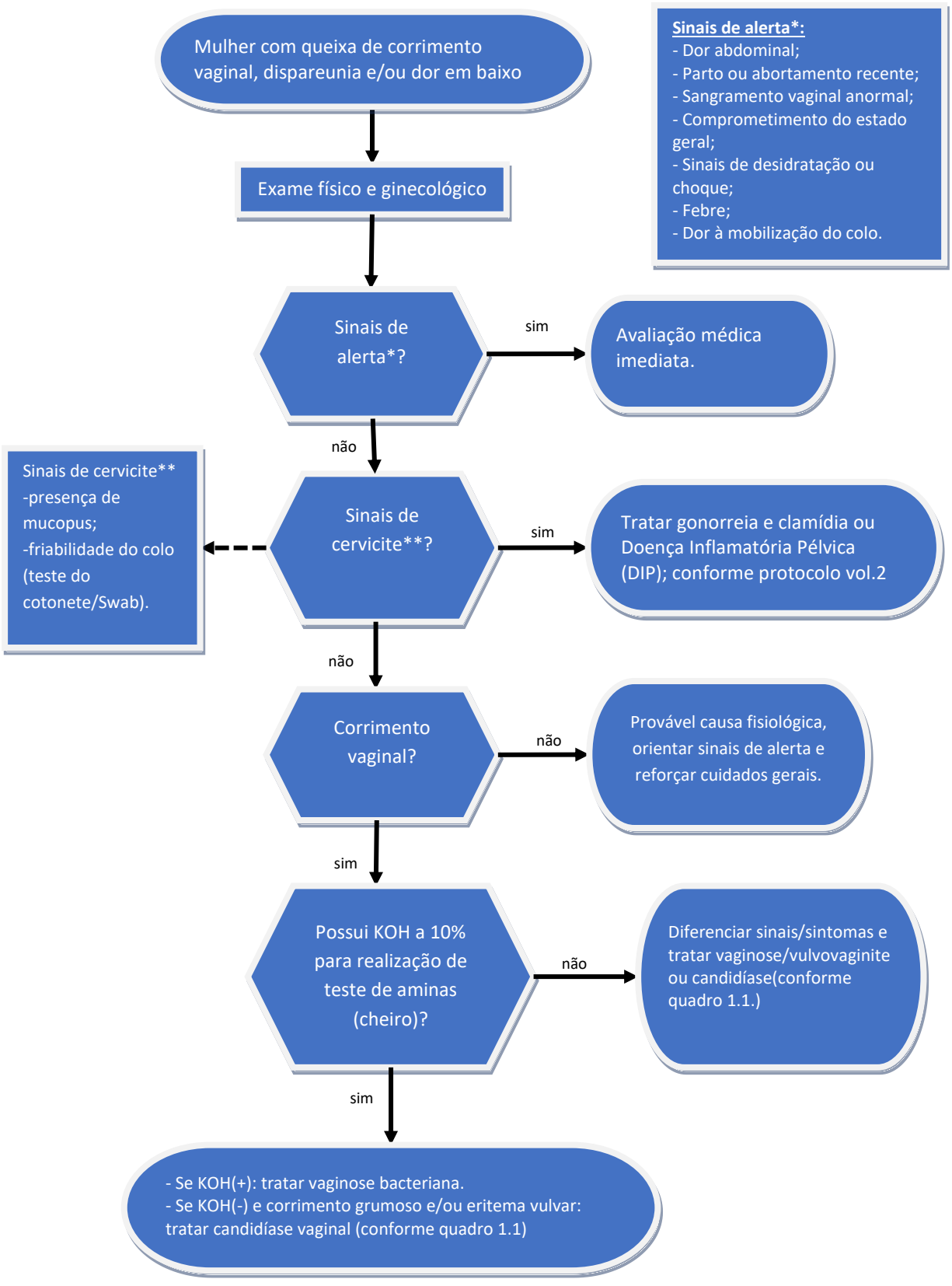
O exame físico detalhado, incluindo o toque bimanual quando indicado, é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional. Sugere-se,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

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

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

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

Fluxograma 1.1 – Corrimento Vaginal ou Cervicites



Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites[1,8,10]

Causa identificada	Sinais e sintomas principais	Plano de cuidados/Conduta do enfermeiro
Candidíase	• Prurido vulvar • Hiperemia vulvar • Corrimento grumoso • Teste do KOH negativo	**Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):** • Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas; • Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas; • Evitar uso de absorventes diários; • Episódios de repetição devem ser investigados. **Tratamento medicamentoso:** • Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites; • Fluconazol 150 mg dose única; • Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg dose única e repetir a dose após 3 dias.
Vaginose bacteriana	• Corrimento com odor fétido; • Corrimento acinzentado; • Teste do KOH (teste de Whiff ou teste das aminas) positivo – adicionar duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal; • Atentar para sinais/sintomas de Tricomoníase, que em alguns casos podem ser confundidos (ver Protocolo de Enfermagem vol.2).	**Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):** • Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas; • Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas. • Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando assim convocação dos mesmos. **Tratamento medicamentoso:** • Metronidazol creme (100 mg/g) por 5 noites; OU • Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 7 dias <u>Gestantes (independentemente da idade gestacional) ou nutrizes:</u> • Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 7 dias**(a amamentação deve ser suspensa durante o uso do medicamento e por 24 horas após a ingestão do último comprimido)**

Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoniase, Donovanose, HPV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorreia, entre outras), consultar volume 2 do Protocolo de Enfermagem (Infecções Sexualmente Transmissíveis) disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf

1.1.3 – Vaginose Citolítica

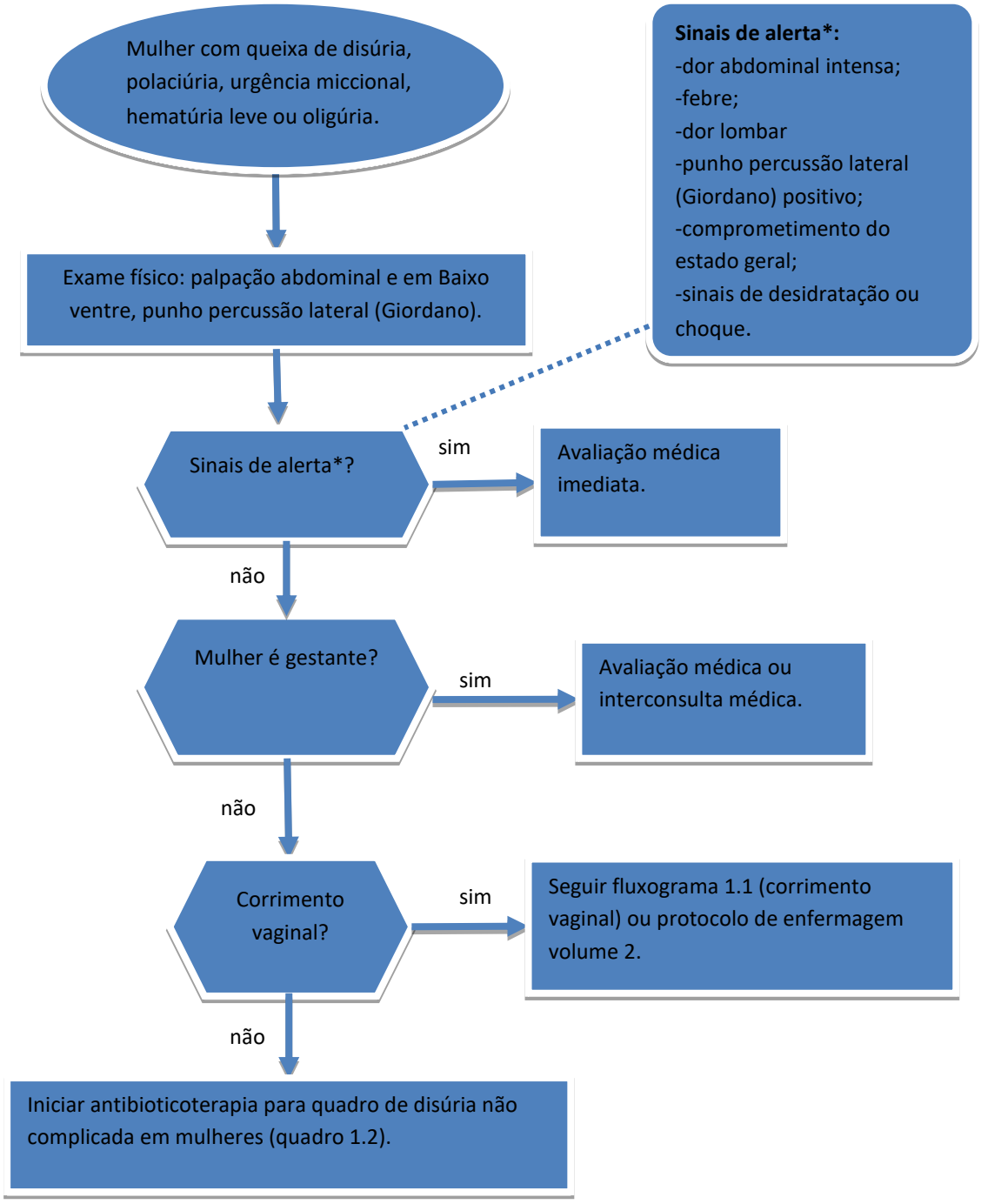
Trata-se de uma condição facilmente confundida com a candidíase devido à similaridade dos sintomas: prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento branco abundante que piora na fase lútea. Ocorre em função pelo aumento do número de *Lactobacillus sp* no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5).

Diante do quadro sugestivo desta vaginose, o enfermeiro deverá orientar ducha vaginal ou banho de assento com bicarbonato (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas. Também deverá ser orientada a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.

1.2 – Infecção Urinária não Complicada[1,11,12]

As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas, sejam médicas ou de enfermagem, junto as unidades de saúde, sendo a abordagem precoce e a intervenção adequada um fator preponderante para se evitar complicações ou mesmo internações desnecessárias.O quadro principal de manifestação clinica é a disúria, acompanhada de polaciúria, oligúria e urgência urinária.

Fluxograma 1.2 – Infecção urinária



Quadro 1.2 – Tratamento da Dificuldade Urinária não Complicada em Mulheres [1,12]

Tratamento medicamentoso	Orientações /Cuidados de Enfermagem
• Sulfametoxazol + Trimetropina (800+160mg) de 12/12 horas por 3 dias; OU • Nitrofurantoína (100mg) de 6/6 horas por 5 a 7 dias. Obs: Nos casos de disúria não complicada em não-gestante não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (PU e Urocultura), os quais somente serão solicitados caso permaneça a sintomatologia anterior, sendo que a mesma ficará a critério médico.	• Aumentar ingesta hídrica; • Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência; • **Se gestante, o enfermeiro não poderá prescrever o tratamento medicamentoso** e deverárealizar interconsulta imediata com médico da equipe, considerando ser a ITU uma das principais causas de trabalho de parto prematuro.

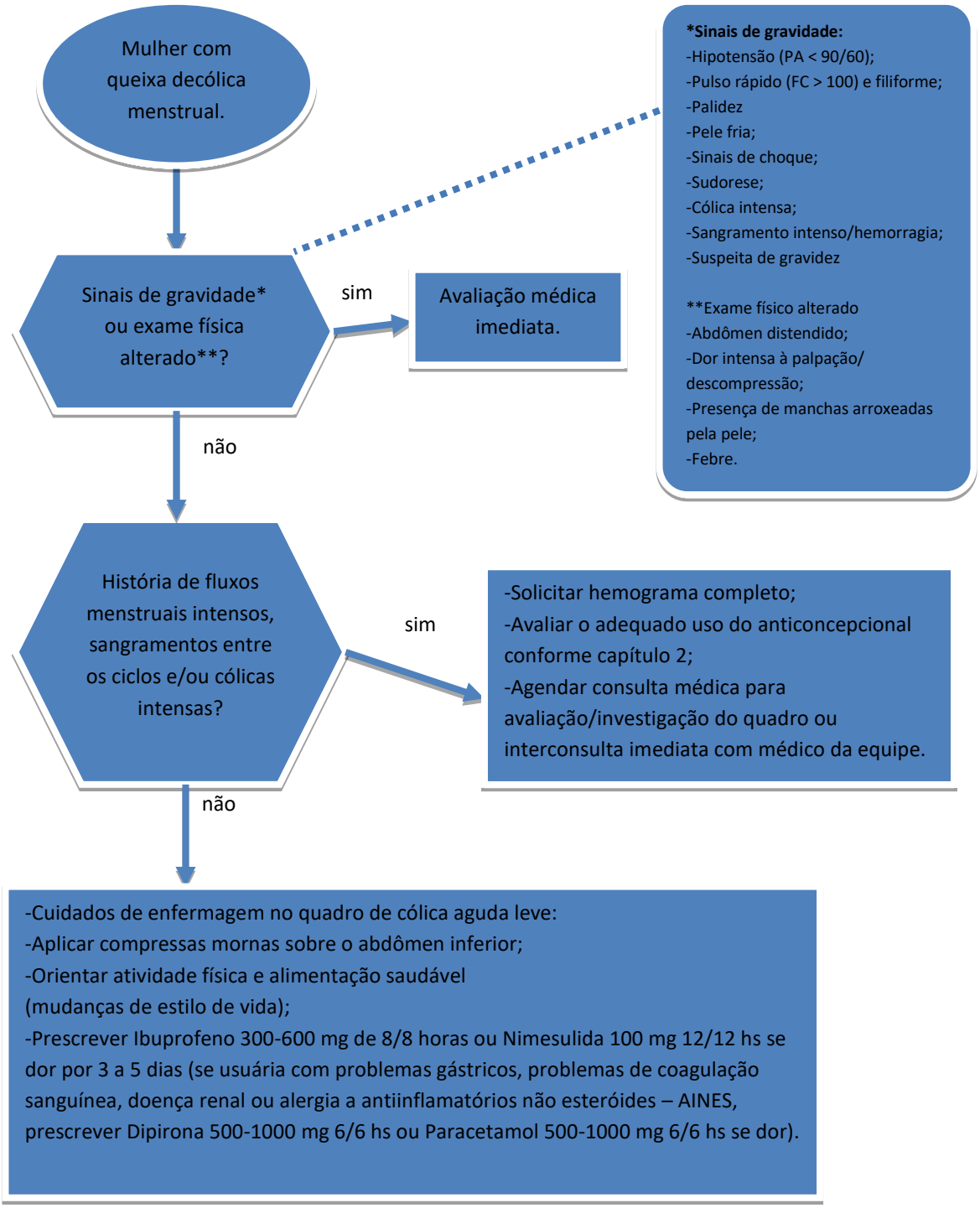
Ainda que tratamentos com substâncias não industrializadas, como chás e frutos (cavalinha e cranberry, por exemplo), sejam comumente utilizados, esses tratamentos não parecem ser tão eficazes para a maior parte dos casos como o uso dos medicamentos indicados. Por isso, ainda que algumas pessoas possam se beneficiar deste tipo de tratamento, ele não será indicado neste protocolo.

1.3 – Cólica Menstrual [1]

A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro, principalmente em jovens e adolescentes logo após a primeira menstruação (menarca). Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Neste tipo de atendimento é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes, com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme fluxograma 2.2.

Fluxograma1.3 – Cólica menstrual



1.4 – Dispareunia e Vaginismo

A dispareunia é um sintoma bastante comum e desafiador do ponto de vista clínico, já que o profissional de saúde se depara com inúmeras possibilidades de etiologias, sendo o histórico de enfermagem (anamnese e o exame físico) a principal ferramenta de elucidação diagnóstica.

Questões fisiológicas como menopausa, diminuição de estrogênio, posição no ato sexual e outras patologias, dentre as quais situações infecciosas potencialmente graves, como a Doença Inflamatória Pélvica, são algumas das tantas possibilidades diagnósticas possíveis.

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, considerar a estrogenização localcaso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos, da seguinte maneira:**Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica.**

A queixa de dispareunia deve ser sempre valorizada, pois além de causas clínicas presentes e objetivamente identificáveis, a mesma pode ser indicativa de outras situações a qual a mulher pode estar exposta, mas de difícil identificação imediata, como as de cunho psicossocial: história de violência sexual e doméstica, traumas, insatisfação sexual, dentre outras.

1.4.1 – Toque Bimanual

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

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

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

Técnica de realização do toque bidigital bimanual vaginal disponível em: <http://www.news.med.br/p/medical-journal/551402/exame-pelvico-em-mulheres-adultas-um-guia-de-pratica-clinica-do-american-college-of-physicians.htm> Acesso em: 12 mai. 2016.

2 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR [12]

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

2.1 – Preconcepção

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

Condutas de enfermagem no período pré-concepcional [1,13,14]

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher;
- Prescrever ácido fólico 5 mg/dia no mínimo 30 dias antes da concepção;
- Verificar situação do citopatológico e caso necessário, realizar o mesmo;
- Solicitar sorologias ou realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis; Toxoplasmose (IgG/IgM) e Rubéola IgG.
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto e tríplice viral) e, em caso de atraso ou ausente, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação MS/2014[14]. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado;
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar. (Para maiores informações consultar o Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde; disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf)[6]

2.2 – Métodos Contraceptivos [1,12,13]

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

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

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

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

Quadro 2.1 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

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

Quadro 2.2 – Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro[19](adaptado)

CONDIÇÃO ATUAL	PÍLULA COMBINADA	PÍLULA SOMENTE COM PROGESTÁGENO (exceto minipílula de noretisterona)	INJETÁVEL COMBINADO (mensal)	INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral)	DIU DE COBRE	MINIPÍLULA DE NORETISTERONA
IDADE INFERIOR A 40 ANOS	**1**	**1**	**1**	**1**	**1***	NÃO UTILIZAR
IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 40 ANOS	**2**	**1**	**2**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR
AMAMENTAÇÃO - MENOS DE 6 SEMANAS APÓS O PARTO	**4**	**3**	**4**	**3**	**1 = prescreva a partir de 4 semanas após o parto**	NÃO UTILIZAR
AMAMENTAÇÃO - ENTRE 6 SEMANAS E 6 MESES APÓS O PARTO	**3**	**1**	**3**	**1**	**1**	**1**
AMAMENTAÇÃO - MAIS DE 6 MESES APÓS O PARTO	**1/2****	**1**	**2**	**1**	**1**	NÃO UTILIZAR
OBESIDADE	**2**	**1**	**2**	**1**	**1**	NÃO UTILIZAR
IST (EXCETO HEPATITE E HIV)	**1**	**1**	**1**	**1**	DISCUTA COM MFC	NÃO UTILIZAR
TABAGISMO EM MULHERES COM MENOS DE 35 ANOS	**2**	**1**	**2**	**1**	**1**	NÃO UTILIZAR
TABAGISMO EM MULHERES COM MAIS DE 35 ANOS	**3/4**	**1**	**3/4**	**1**	**1**	NÃO UTILIZAR
HAS CONTROLADA	**3**	**2**	**3**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR

HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	**4**	**2**	**4**	**3**	**1**	NÃO UTILIZAR
HAS + DOENÇA CARDIOVASCULAR	**4**	**2**	**4**	**3**	**1**	NÃO UTILIZAR
TEP/TVP ATUAL OU RECENTE	**4**	**3**	**4**	**3**	**1**	NÃO UTILIZAR
HISTÓRICO DE TEP/TVP NO PASSADO, COM OU SEM USO DE ANTICOAGULANTE ORAL	**4**	**2**	**4**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR
INFARTO OU AVC	**4**	**2/3**	**4**	**3**	**1**	NÃO UTILIZAR
DISLIPIDEMIAS	**2/3**	**2**	**2/3**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR
DM ou COMPLICAÇÕES VASCULARES	**3/4**	**3**	**3/4**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR
ENXAQUECA SEM AURA	**2**/3/4**	**2**	**2/3**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR
ENXAQUECA COM AURA	**4**	**2/3**	**3/4**	**2/3**	**1**	NÃO UTILIZAR
CA DE MAMA ATUAL OU PASSADO	**4**	**4**	**4**	**4**	**1**	NÃO UTILIZAR
USO DE ANICONVULSIVANTES	**3**	**3**	**2**	**3**	**1**	NÃO UTILIZAR
USO DE TARV/HIV [C]	**2*** **	**2*** **	**2*** **	**2*** **	**1**	NÃO UTILIZAR
USO DE RIFAMPICINA	**3**	**3**	**2**	**2**	**1**	NÃO UTILIZAR

Notas:

* **Se menor de 20 anos:discutacom Médico de Família ou médico da equipe (Categoria OMS: 2)**

** **Se maior de 35 anos: Categoria OMS 2 na introdução do método e categoria OMS 3 na manutenção.**

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

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

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

Quadro 2.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)[1,12,13]

Método/ responsável	Tipo disponível na rede municipal e classificação	Como usar/ Condutas do enfermeiro	Efeitos colaterais mais comuns
Dispositivo intrauterino (DIU) **(Inserção/retirada: Médico e/ou Enfermeiro; Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro)**	**DIU de Cobre (DIU-Cu)** *Classificação: método de barreira*	• Inserção e retirada do DIUpode ser realizada por profissional enfermeiro treinado; • Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o quadro menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo); • Realizar preventivo, antes da inserção. • No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta. • Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias). • Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); • Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação; **Em caso de atraso:** • <u>Até 2 semanas</u>: aplique nova injeção. • <u>Mais de 2 semanas:</u> descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método.	• Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; • Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe.
Injeção de progestágeno (trimestral) **(Médico e/ou Enfermeiro)**	**Acetato de medroxiprogesterona 150 mg** *Classificação: método hormonal*		• Amenorreia (comum); • Ganho de peso; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Injeção de estrogênio/ Progestágeno **(Médico e/ou Enfermeiro)**	**Enantato de norestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg** *Classificação: método hormonal*	• Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias); • Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); • Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método;	• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea. • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea;

		Em caso de atraso: • Até 7 dias: aplique nova injeção; • Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias. • Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após inicio do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela; **Em caso de esquecimento:** • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. **Em caso de vômitos:** Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela	• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal) **(Médico e/ou Enfermeiro)**	**Etinilestradiol/levonogestrel 0,03/0,15 mg** **Etinilestradiol/desogestrel 0,03/015mg** **Etinilestradiol/gestodeno 0,02/0,075mg** *Classificação: método hormonal*		• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea. • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Pílula de progestágeno isolado **(Médico e/ou Enfermeiro)**	**Norestisterona 0,35 mg** *Classificação: método hormonal*	• Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todo o dia e manter aleitamento materno exclusive. • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias.	• Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses.Avaliar com médico da equipe conforme guia de prática clínica (PACK)*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente e se necessária avaliar com médico da equipe conforme guia de prática clínica (PACK)*.
Métodos cirúrgicos (irreversíveis)	**Encaminhamento para:** **Laqueadura tubária**	• Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim	• Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso

Vasectomia	todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; • Entregar termo de consentimento livre e esclarecimento, lendo em conjunto com o mesmo a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhando, lembrando sempre ao usuário sobre o risco de uma cirurgia e, que ambos os métodos são considerados na prática IRREVERSÍVEIS. • Solicitar exames pré-operatórios: Glicose, Hemograma, TAP, TTPa, Parcial de urina, Beta HCG e ECG para maiores de 40 anos (somente após marcação da consulta para avaliação com o especialista); • Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar sucesso do procedimento cirúrgico.	por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica; • Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.

*Realizar manejo/avaliação médica conforme PACK-SMS/BMJ, página 107

Quando contraindicados os métodos hormonais, os métodos de barreira disponíveis na rede municipal deverão ter seu uso orientado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, como no caso dos preservativos masculino e feminino, além do Dispositivo Intrauterino (DIU), a ser inserido pelo profissional médico.

Informações úteis sobre o DIU:

- Não há evidências para a recomendação de antibioticoterapia e/ou remoção do DIU em mulheres assintomáticas com citologia cervical positiva para Actinomyces (bacilo anaeróbio gram positivo integrante da flora vaginal e gastrintestinal normais). Nesse caso, é importante questionar e examinar a paciente sobre sinais e sintomas de DIP, procedendo conforme Protocolo de Enfermagem Volume 2;
- Nuligestas e nulíparas podem utilizar o método, no entanto as taxas de expulsão do dispositivo são discretamente mais elevadas;
- Evite se IST nos últimos 3 meses, doença inflamatória pélvica atual, sangramento vaginal não explicado, útero/colo alterados;
- O DIU costuma ser eficaz se introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal; ou após 4 semanas do parto;[1]
- Nas demais situações, pode ser introduzido em qualquer período do ciclo menstrual, desde que afastada a possibilidade de gravidez. Sugere-se que seja dada preferência para a colocação durante o ciclo menstrual uma vez que os processos fisiológicos que ocorrem no colo uterino nesse período facilitam a colocação do dispositivo e reduzem o desconforto feminino.

2.3 – Contracepção de Emergência [1,2,11,12,13]

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

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

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

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

A anticoncepção de emergência deve ser feita com 1,5 mg de levonorgestrel em dose única. Atualmente na rede municipal de saúde estão disponíveis os comprimidos de 0,75 mg, sendo necessário, portanto, que a mulher tome dois comprimidos juntos para o efeito desejado.

Observações:

- Não se recomenda mais a utilização de esquema fracionado, utilizado anteriormente, que consistia em tomar 1 comprimido de 0,75 mg de levonorgestrel assim que possível e outro comprimido igual 12 horas após o primeiro, já que não aumenta a eficácia e costuma gerar esquecimento do segundo comprimido;
- Se houver vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose;
- Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única;
- **Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.**

3 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO[1,5,11,12,13]

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

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

A citologia oncótica (Papanicolaou, colpocitopatológico, Pap test, entre outros) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada para todas as **mulheres entre 25 e 64 anos**, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres (grupo que menos se submete ao exame). O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.[5]

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

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas sobre a coleta da citologia oncótica. O quadro abaixo procura explicitar as situações referentes a coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

Quadro 3.1 – Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos[5,12]

Situação	Recomendações
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	• Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	• Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos). • Ainda que não haja evidência contraindicando a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas.
Climatério e pós-menopausa	• Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpite atrófica que dificuldade a coleta (sem queixas), realizar estrogenização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 5 a 7 dias para realização da coleta. • Caso a vaginite/colpite atrófica gere queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento.

	Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama.

Histerectomizadas	• Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.
	• Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível.
	• **Exceção: <u>se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora</u> (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), <u>seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</u>**
	  • **lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais;**
	  • **câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.**

Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides	• O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima); • **Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses.** • Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
Mulheres que buscam o CS para realização da citologia oncótica em função de corrimentos	• Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento. • Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.

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

Quadro 3.2 – Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino[1]

Resultado	Especificação	Recomendações
	Em células escamosas; Provavelmente não neoplásica.	Repetição da citologia em 06 meses ou 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 06 meses (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
Atipias de significadoindeterminado.	Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a colposcopia.
	Em células glandulares; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a colposcopia.
	De origem indefinida; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a colposcopia.
Lesão intraepitelial de baixo grau.	--	Repetição da citologia em 06 meses: Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
Lesão intraepitelial de alto grau.	--	Encaminhar para a colposcopia com urgência via regulação.
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor.	--	Encaminhar para a colposcopia com urgência via regulação.
Adenocarcinoma in situ ou invasor.	--	Solicitar ao MFC encaminhamentos necessários para o CEPON.
Amostra insatisfatória.	--	Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória, porém com presença de células escamosas,	--	Repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

apenas.

Quadro 3.3 – Achados clínicos comuns no colo uterino[1]

Achado clínico	Explicação	Conduta do enfermeiro
Ectopia	Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos hormonais.	Não há indicação de intervenção na maioria dos casos.É fundamental reforçar a importância do uso de preservativo tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais susceptível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia. Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas do usuário (sangramento após as relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.
Cisto de Naboth	São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais	Não há necessidade de encaminhamento para outro profissional já que não há intervenção necessária.
Pólipos cervicais	Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical.	As condutas do enfermeiro são as mesmas adotadas no caso das ectopias.

4 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA [1,5,11,12]

4.1 – Ações de Rastreamento

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

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

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

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

O aprazamento das **mamografias de rastreamento** deverá seguir a rotina sugerida pelo MS (conforme Caderno de Atenção Primária nº 29)

Quadro 4.1 – Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama [1,11,13]

Resultado da mamografia (BIRARDS)	Conduta Enfermeiro
0 – Inconclusivo	Avaliação adicional - interconsulta com MFC para pactuação da conduta sobre solicitação de exame de imagem adicional(USG de mamas ou mamografia adicional – compressão focal ou magnificação)
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento
2 – Achado benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em 6 meses.Se persistência do achado, encaminhar ao MFC ou interconsulta com o mesmo para segmento/encaminhamento.
4 – Achado suspeito	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos
5 – Achado altamente suspeito	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos
6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos

Sobre o exame clínico das mamas (ECM), trata-se de um método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. O **rastreamento por meio do exame clínico é alvo de grande controvérsia na literatura científica**, pois não há dados suficientes que o recomendem por melhorias na eficácia do diagnóstico, bem como o isentem de sobrediagnóstico. O INCA lançou em 2015 as "Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil", em que não há sugerida nem a recomendação nem a contra-recomendação deste procedimento, uma vez que **o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto**. Dessa forma, fica facultada ao enfermeiro a realização do exame conforme sua habilidade para a execução do procedimento enquanto método de rastreamento.

Sobre a solicitação de ultrassonografias de mamas como **método de rastreamento**, o Ministério da Saúde contra recomenda o procedimento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.

4.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas

Diante dos seguintes sinais e sintomas, o enfermeiro deverá realizar interconsulta com MFC para pactuação da condutaou encaminhar a paciente imediatamente para a consulta médica:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo;

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação. O exame a ser solicitado depende de fatores como a características das mamas (principalmente consistência), idade da mulher e histórica familiar de morbidades, sendo a ultrassonografia de mamas e a mamografia (com compressão focal, magnificação, etc.) os exames mais solicitados. A conduta, nestes casos, deverá ser discutida com médico da equipe.

O PACK Florianópolis traz algumas condutas de exames complementares para essas situações, e condutas de maiores intervenções do enfermeiro serão adicionadas e este protocolo em revisões futuras.

4.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários [1,11]

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

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de

reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de mastalgia mais acentuada.

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

Diante da queixa de mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante apurar a presença de alterações mamárias por meio do ECM e seguir as orientações conforme preconizado pelo MS.

Abaixo, quadro de atendimento para esta demanda (adaptado do PACK-SMS/BMJ).

Quadro 4.2 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

Situação	Conduta do Enfermeiro
Mastalgia com febre (Tax >38ºC)	• Desconfiar de mastite e encaminhar ao MFC para avaliação imediata. Na ausência deste, encaminhe ao serviço de referência; • Em caso de nutrizes, além da conduta acima, avaliar ingurgitamento mamário e orientar medidas conforme capítulo sobre amamentação;
Mastalgia sem febre	• Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato do câncer raramente causar dor; • Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário; • Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação; • Prescrever paracetamol 500 mg a cada 6 horas por até 3-5 dias ou ibuprofeno* (exceto para nutriz) 300-600mg por até 3-5 dias. Se persistência do quadro, encaminhar para o MFC. Solicitar retorno para reavaliação; • Se MAC hormonal, discutir possibilidade de troca para método não hormonal no caso de já haver passado os 3 primeiros meses de uso e mantido este efeito colateral;
Descarga papilar espontânea em não nutrizes	• Investigar gestação • Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina. • Apurar características da descarga: • Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação

	hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis. • Láctea ou Serosa: tranquilizar a paciente. • Sanguinolenta ou Purulenta: Encaminhar para exame de análise de descarga papilar.
Retração mamilar	• Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação com MFC.
Descamação e erosão do mamilo/aréola ou pele com aspecto de laranja	• Encaminhar para o MFC, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget.

* Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação ≥ 30 semanas. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool

Evidências: Você sabia?

- O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões, embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente.
- O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva. Apresenta taxa significativa de falsos-positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não alterando desfecho de mortalidade por câncer de mama.
- Há estudos que sugerem que a eficácia do rastreamento do câncer de mama é questionável quanto ao desfecho da prevenção de mortes por essa doença. Um deles chega a afirmar que o malefício causado pelo sobrediagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce.
- Também há estudos que demonstram a indução de cânceres de mama em função da exposição inadvertida à radiação ionizante (como nas mulheres com menos de 50 anos que se submetem periodicamente ao exame de mamografia).

5 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

5.1 – Avaliação de Risco no Pré-Natal

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

Ao enfermeiro caberá acompanhar o pré-natal de risco habitual/baixo risco e encaminhar ao alto risco perante as situações descritas no quadro abaixo:

Quadro 5.1 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica

Classificação	Fatores relacionados
Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco (não necessitam encaminhamento ao pré-natal de alto risco)	**FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICASDESFAVORÁVEIS** - Idade menor que 15 e maior que 35 anos. - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicose biológicos, estresse. - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente. - Situação conjugal insegura. - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular). - Condições ambientais desfavoráveis. - Altura menor do que 1,45 m. - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade. **Atenção:** deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, comidade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior enas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores. **FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR** - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado. - Macrossomia fetal. - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas. - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos. - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos). - Cirurgia uterina anterior. - Três ou mais cesarianas. **FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL** - Ganho ponderal inadequado. - Infecção urinária. - Anemia.
Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco	**FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS** - Cardiopatias. -Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada). - Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados). - Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo). - Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).

- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG commalformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
- Hanseníase.
- Tuberculose.
- Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).
- Esterilidade/infertilidade.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura dagestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou Oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes *mellitus* gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- Lesões de alto grau em colo uterino ou maiores;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve serinicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG commalformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte naunidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente dadilatação cervical e da idade gestacional;
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posiçãosentada) e associada à proteinúria;
-Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico;

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgiaou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internaçãohospitalar.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ouvaricosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110)
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de formapersistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentaçãofetal;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (tax ≥ 37,8 ºC), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Oligodrâmnio.
- Óbito fetal.

5.2– Roteiro das Consultas [1,6,11,12,13]

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

As consultas preferencialmente podem ser intercaladas entre enfermeiro (a) e médico (a) e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante. No entanto o enfermeiro pode conduzir todo o Pré-Natal de Baixo risco conforme recomendação do Ministério da Saúde.

É importante que sejam realizadas no mínimo 7 consultas, considerando sempre a qualidade e preferencialmente o seguinte cronograma:[11]

- Até 36ª semana – mensal;
- De 36ª até 38ª – quinzenal;
- De 38ª até 41ª – semanal.

Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação[1,11]

TRIMESTRE	ROTEIRO	Observações
1º CONSULTA	- Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal; - Antecedentes familiares. Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da DUM; - Exame físico geral e especifico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3 - Solicitação da 1ºrotina de exames – Quadro 5.6 - Encaminhamento para odontologia (obrigatório) ou profissionais NASF conforme necessidade; - Prescrição de Ácido Fólico;	- Atenção a Identificação de riscos; - Prescreva Ácido Fólico 5 mg ao dia até 12 semanas de gestação (PACK 2016); - É fundamental explicar sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mulher e do feto. O tratamento farmacológico (incluindo a reposição de nicotina) é contraindicado para gestantes e nutrizes.
1º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	- Exame físico geral e especifico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional. -Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas;	- Atenção para as alterações da pressão arterial;
2º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	- Exame físico geral e especifico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.6 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2º rotina de exames – Quadro 5.3	- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino; - Solicitar 2º rotina de exames entre 22 a 24 semanas;
3º TRIMESTRE Rotina de consultas preferencialmente recomenda –se com frequência quinzenalde 36ª até 38ª e semanal de 38ª até 41º.	- Exame físico geral e especifico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional. - Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3º rotina de exames – Quadro 5.6	- O aumento da frequência de consultas no final da gestação se deve à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clinico- obstétricas mais comuns nesse trimestre. - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Não existe alta do Pré Natal; - Se o parto não ocorrer até 41º, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal, possível indução de parto (PACK 2016).

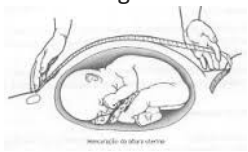
Quadro 5.3 –Exame Clinico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal

TÓPICO	PONTOS IMPORTANTES
AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS E ANTROPOMETRIA	Verificação de Pressão arterial, Peso, Altura, caso for necessário de acordo com as queixas, temperatura, SPO2, glicemia capilar.
INSPEÇÃO CABEÇA E PESCOÇO	• Sinal de Halba - Junto aos limites do couro cabeludo, ocorre a formação de lanugem, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos, reflexo do metabolismo próprio da grávida e principalmente das influências hormonais. • Mucosas oculares - se coradas ou hipocoradas; • Nariz - Avaliar se presença de edema. • Cloasmas - É resposta ao aumento da melatonina, cuja secreção é estimulada pelo aumento da progesterona, surgindo manchas escuras, localizadas principalmente na face. O uso de protetor solar ajuda a prevenir • Gengivas - Avaliar sinais de sangramento ou lesões; • Dentição - Encaminhar para odontologia; • Caso necessário mucosa orofaríngea e canal auditivo • Pescoço - Em função da hipertrofia da tireoide, aumenta sua circunferência, mais evidenciável por volta do quinto mês.
AUSCULTA CARDÍACA	O sistema circulatório da gestante sofre alterações hemodinâmica(placenta, hormônios, retençãohídrica, e compressão uterina) que vão causar impacto no débito cardíaco, pressão arterial e sintomatologia da gestante. O débito cardíaco eleva-se de 30% - 50%, há um aumento da Frequência cardíaca de 10% - 20%. Como sintomas gerais algumas gestantes podem referirtaquicardia, queda da pressão arterial, sensação de dispneia, diminuição de resistência aos exercícios físicos, alteração na ausculta cardíaca- sopro fisiológico.
AUSCULTA PULMONAR	Hiperventilação - Há um aumento discreto da frequência respiratória e um aumento corrente de 40%-50% do volume corrente. Diminuição de pCO2 e excreção de NaHCO3 - alcalose respiratória compensada.
AVALIAÇÃO DAS MAMAS	• Tipo de mamilo (hipertrófico,protuso,semi-protuso,plano e invertido); • Sinal de Hunter (aumento da pigmentação e tamanho da aréola); • Rede de Haller (veias visíveis através da pele em forma de rede); • Presença de Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas no mamilo); • Excreção de colostro; • Avaliar pele(integridade, turgor, lesões, fissuras, estrias etc.).
AVALIAÇÃO DO ABDOMEN	Avaliar pele - Hidratação, presença de estrias,lesões, dermatites.
MENSURAÇÃO DA ALTURA UTERINA	Medida da altura uterina indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional. Para a Medida da altura uterina (AU) usa-se uma fita métrica. Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana

do abdome até a altura do fundo uterino.
É importante antes de medir a altura uterina, solicitar que a paciente esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a AU em até 3cm.

Atenção!

Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto.
Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; discutir caso com médico em interconsulta, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.



PALPAÇÃO

- Verificação do fundo uterino;
- Exploração do dorso fetal (direito ou esquerdo);
- Mobilidade cefálica (manobra de Leopold - polo cefálico fixo ou móvel);
- Exploração da escava - ocupada (apresentação cefálica, parcialmente ocupada(apresentação pélvica) e escava vazia (nas apresentações córmicas).

AUSCULTA FETAL

- Contar número de BCF em um minuto, verificar ritmo, frequência e regularidade. Os ruídos fetais compreendem o batimento cardíaco e o sopro funicular (por compressão do cordão e sincrônico com o anterior). A frequência esperada é de 120 a 160 bpm.

Atenção!

- Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico.
- Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação médica ou maternidade.

AVALIAÇÃO DA DINÂMICA UTERINA	**Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante**, avaliar a frequência e intensidade das contrações de uma gestante, posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos,colocar a mão no fundo do útero da mesma a fim de avaliar o início de uma contração anotar frequência e duração. Caso em 10 minutos ela tenha mais de 3 contrações com duração maior que 20 segundos cada uma dascontrações, encaminhar paciente para avaliação na maternidade. De outra forma, a intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.
GIORDANO	O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através da Manobra de Giordano. A manobra é realizada com a paciente sentada e inclinada para a frente. Consiste na súbita percussão, com a borda ulnar da mão, na região lombar do paciente,mais especificamente, na altura da loja renal. Se a manobra evidenciar sinal de dor no paciente, o sinal de Giordano é positivo, o que indica grande probabilidade doença renal. Segundo as evidências, dentre as gestantes com bacteriúria assintomática acompanhadas, 30% desenvolvem cistite e mais de 50% desenvolvem pielonefrite.
AVALIAÇÃO PÉLVICA	**Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante** é necessário avaliar a pelve, por vezes o exame pode ter o uso do especulo, outras não. APARELHO GENITAL EXTERNO: A influência hormonal da gestação modifica a mucosa, que apresenta uma coloração violácea, conhecida como Sinal de Jacquemier. O exame pélvico é realizado com a paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica, o que irá expor a genitália externa, o uso do foco de luz auxilia a visualização adequada. Observa-se inicialmente os genitais externos, com especial atenção quanto à presença de tumores, fluxo vaginal,vulvovaginites, prolapso genital, Bartholinite, rotura de períneo, incontinência urinária e perda de líquido via vaginal (bolsa rota), perda de tampão mucoso, sangramento ou qualquer outra alteração que esteja de acordo com a queixa da mulher. REGIÃO ANAL - Atenção para hemorroidas e varizes;
TOQUE VAGINAL (Quando necessário)	**O toque vaginal não deve ser usado rotineiramente na avaliação de uma gestante**, no entanto ele se encontra descrito aqui pela necessidade de se utilizar em situações de queixa da gestante e com o objetivo de identificar dois momentos que se seguem: - Em suspeita de trabalho de parto apreciam-se as condições da vagina, se é permeável e se há presença de septos, as características do colo (dilatação, espessura, esvaecimento e centralização, altura - plano De Lee). Pelo toque confirmam-se a apresentação, a posição e sua variedade. Por último, verificam-se as condições da bacia.
MEMBROS SUPERIORES / INFERIORES E PÉS	Atenção para edema, varizes, ferimentos, tendinites, Síndrome do túnel do Carpo. EDEMA: seguir Quadro 5.4.

Quadro 5.4 – Classificação do edema

Realização do exame físico para identificação de edema

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Posicione a paciente em decúbito dorsal, lateral, ou sentada e pressione a pele com o polegar. O edema e avaliado mediante abaulamento demorado do local que foi pressionado.

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.

Características	Classificação	Observações a serem realizadas
Edema presente somente no tornozelo, sem alteração de pressão Arterial ou aumento de peso súbito.	+/+++	Verifique se o edema está relacionada com a atividade laboral ou a posição que a gestante permanece maior parte do seu tempo. Verificar o calçado Verificar temperatura e estação do ano.
Edema presente em membros inferiores, com alteração de Pressão Arterial e aumento de peso.	++/+++	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno semanal na ausência de sintomas. Realizar interconsulta e agendar consulta com medico da unidade. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	+++/+++	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.

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)	Papilomavírus humano (HPV)	Adolescentes entre 09 e 13 anos, 11 meses e 29 dias, além de mulheres vivendo com HIV	02 doses: 06 meses de intervalo entre as doses.	Gestação	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 (Tríplice acelular)	Tétano, difteria e coqueluche	Gestantes entre 27 e 36 semanas de gestação	01 dose	Não há	Se status vacinal da gestante desconhecido: complete esquema vacinal da dT e assegure-se que 01 dose seja da dTpa entre 27-36 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 27-36 semanas de gestação, podendo ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.
dT (Dupla tipo adulto)	Difteria e Tétano		03 doses D1 D2 2 meses após a D1 D3 4 meses após a D1	Não há	Deve receber dose de reforço a cada 10 anos.

			Reforços a cada 10 anos a partir de D3		
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	Não há	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.
Tríplice Viral ou SRC	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola	Mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior	Dose única	Gestação	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.
Influenza	Gripe (conforme composição que varia anualmente)	Gestantes e puérperas até 0 45º dia de puerpério	Dose única anual	Pessoas com alergia ao ovo	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;**	• **Teste de tolerância para glicose com 75 g, (se a glicemia estiver acima de 85 mg/dl, ou se houver fator de risco –**	• **Hemograma;** • **Parcial de urina;** • **Urocultura**

• **Parcial de urina;** • **Urocultura** • **Glicemia de jejum;** • **Toxoplasmose IgG/IgM;** • **Anti-HIV(ou teste rápido)** • **VDRL (ou teste rápido)** • **HBSAg (ou teste rápido)** • **Coombs(se Rh -).**	**realizar este exame preferencialmente entre 24º e a 28º semana.** • **Coombs indireto (se for Rh negativo)**	• **Glicemia de jejum;** • **Anti-HIV (ou teste rápido)** • **VDRL (ou teste rápido)** • **HBSAg (ou teste rápido)** • **Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente.**
Exame	**Interpretação**	**Observações, indicações e Evidências.**
Hemograma	• Hemoglobina > 11g/dl – normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl -anemia leve a moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl – anemiagrave.	• Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. • Anemia leve a moderada: 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antesdas refeições (dois cp. antes do café, dois cp.antes do almoço e um cp. antes do jantar), depreferência com suco de frutas cítricas. • Repetir hemoglobina em 60 dias. • Se anemia grave, realizar interconsulta com médico de família e encaminhar ao pré-natal de alto risco. • A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.
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	• Realizar interconsulta com médico da equipe imediata, considerando ser a ITU uma das principais causas de trabalho de parto prematuro.
Glicemia de Jejum	• Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. • Entre 85-90 mg/dl com fatores de • risco ou 90-110mg/dl: rastreamento positivo.	• Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose entre a 24ª e 28ª semana de gestação. Orientar medidas de prevençãoprimária (alimentação saudável eatividade física regular). • Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for

	• Se > 110 mg/dl: confirmardiagnóstico de diabetes mellitusgestacional (DMG).	maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária ereferir ao alto risco, mantendo oacompanhamento na UBS.
Teste de Tolerância para Glicose com 75g,	• Teste de tolerância àglicose (jejum e2 horas pós sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	• Realizar este exame se a glicemia estiver acima de 85mg/dl; • Este exame deve ser indicado em caso de risco (história prévia de DMG ou história familiar (parentesco de 1º grau), bebê grande (> 4,5kg), glicose na urina); • O valor de referência para diagnóstico de DMG: em jejum > 110 mg/dl; após 2 horas > 140 mg/dl.
Teste rápido para triagem da Sífilis e/ou VDRL/RPR	• Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal. • Teste rápido reagente e VDRLpositivo: verificar titulação paraconfirmar sífilis.	• É recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre, se o 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) • 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 3º trimestre (28ª semana), 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 do município.
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); • 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. • gM não reagente e IgG reagente:doença prévia – não repetir oexame. • IgM e IgG não reagente: suscetível • Orientar medidas de prevenção erepetir o exame no 3º trimestre	Conforme a informação da VE saiu a portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, onde foram incluídos os agravos: **toxoplasmose gestacional e congênita** como 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 instruí- dos 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 HBeAg etransaminases (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	• Não reagente • Reagente *Embora não faça parte da rotina do pré-natal nacionalmente, recomenda-se a realização deste exame para diagnóstico precoce por abordagem oportunística.	• Embora o rastreio da Hepatite C não faça parte da rotina do pré-natal, o mesmo deve ser realizado para a gestante, considerando o impacto positivo que o mesmo tem no diagnóstico precoce desta patologia. • **Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto 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	• Se o fator Rh for negativo e o paidesconhecido ou pai com fator Rhpositivo, realizar exame de Coombsindireto. • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do

	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.	Rh,realizar exame de Coombs indireto.
Coombs Indireto	• Coombs indireto positivo: gestantesensibilizada. • Coombs indireto negativo: gestantenão sensibilizada.	• Se a gestante for Rh negativo, solicitar a partir da 24º semana este 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-nascido forRh positivo eo Coombs 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).
Citopatológico de Colo Útero (se for necessário)	**Vide quadro 3.1**	
Ultrassonografia	**Realizar este exame entre 18 e 22 semanas.** Para maior detalhamento sobre a realização da ultrassonografia obstétrica ao longo dos diferentes períodos, consultar o anexo II.	• No 1º trimestre existe a maior evidencia para solicitação, com o objetivo de datação da idade gestacional, auxiliando no diagnóstico oportuno de gestações múltiplas, reduzindo o número de intervenções no parto. • Não 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 para melhorar o • 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 parto como ansiedade, medo; • Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; • Movimentação fetal excessiva.	• 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; • 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.	• Orientar: • 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; • Apoio psicoterápico, se necessário;

	• 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	• Evitar chá de camomila; • Auriculoterapia ou acupuntura • Prescrever tratamento medicamentoso, caso necessário: • Dimenidrinato 100 mg de 8/8 horas (não exceder 400 mg/dia). • 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 exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta com médico.
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); • Presença de ITU;	• 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; • Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro;

	• Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas	• Em caso e TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.
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, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia.** Avaliar sempre: • História Clinica	• 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, alimentos gordurosos e/ou picantes; • Caso essas medidas não resolvam prescrever Hidróxido de alumínio,10-15 ml (duas

	• Uso de medicamentos.	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 eles: • Estiramento da musculatura e da fáscia; • Deficiente circulação nos músculos devido a pressão	• Aumentar ingesta de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fosforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.). • Recomendar pisar em superfície fria • Massagear musculo contraído e dolorido

	uterina; • Redução do nível de Cálcio; • Compressão de raízes nervosas; • Problemas posturais;	• 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 medica.
Sialorreia	• A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma	• Orientar paciente sobre o desconforto

	das queixas que mais incomodam na gravidez. Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.	• 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 éhistóriaclínica 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,	• Orientar:

	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 Túnel Carpeano	• 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 glútea, nas coxas e nos seios.	• Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada as seguintes orientações: • A hidratação reflete também na elasticidade

	• 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.	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; • Realizar bochechos com soluções antissépticas.

5.6 – 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 anexo I deste protocolo.

5.7 – 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; • Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até cicatrização da sutura, após retirar os pontos orientar automassagem para evitar alterações na cicatriz. • 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.

5.8 – 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.

5.8.1 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	**Pega 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.**	• 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

5.8.2 – Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

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

5.8.3– 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.

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 / Dipirona**

		500 mg 6/6 horas.
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 Streptococcus,	• **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.

	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.
Candidose (infecção da mama por candidíase)	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 gengivas).	• 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.**

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 mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção Herpética com vesículas	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há o risco de transmissão

localizadas na pele da mama		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.

5.8.5 – 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

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.

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

5.9.1 – 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.

5.9.2 - Gestação e Varicela[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 tenham tido contato com casos confirmados de varicela deverão ser encaminhadas para o Hospital Nereu Ramos para receber a imunoglobulina específica, dentro do período hábil para bloqueio das manifestações clínicas: até 96 horas a partir do contato.[7]

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 do município)[17], de cânceres de colo/mama e oferta de Check-up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos.

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 o sugerido no PACK (**Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Se não melhora ao final deste período, encaminhar para avaliação médica).**

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, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários; • 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; • 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

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 (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia), 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;
- 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 estagiamento puberal 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-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 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.

8 – CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGUIMENTO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA)[11,22]

Desde a revolução propiciada pela terapia antirretroviral (TARV) o HIV/AIDS se traduziu em uma patologia crônica, a qual apresenta importância relevante por parte do atendimento pelo profissional de enfermagem, desde o diagnóstico até mesmo ao acompanhamento do tratamento e complicações da referida terapia.

Neste sentido, e indo ao encontro do cuidado ampliado do paciente portador de HIV/AIDS tanto na atenção primária quanto especializada, este capitulo do volume 2 tem por objetivo fornecer subsídios legais e técnicos ao profissional enfermeiro no que tange ao segmento da pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

O diagnóstico da soropositividade em relação ao HIV pode ser feito tanto pela realização de sorologia plasmática (***Elisa para HIV 1 e 2 e confirmatório pelo Imunoblot***) os quais são realizados pelo Laboratório Municipal de Florianópolis (LAMUF), bem como por ***testes rápidos (fluxo lateral e duplo percurso)*** os quais fornecem a confirmação diagnóstica precoce do paciente portador de HIV. Em função disso, A Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem de Florianópolis recomenda triagem universal de todas as pessoas que iniciaram a vida sexual independentemente da idade, mas respeitando os princípios éticos na solicitação destas sorologias.

Não será abordado neste momento as especificidades da referida testagem. Maiores informações podem ser acessadas no manual específico do Ministério da Saúde (link abaixo):

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf

Quadro 8.1 – Síntese de periodicidade de solicitação de CD4, Carga Viral e prova tuberculínica da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS por enfermeiros

Quando pedir	Tipo de marcador
Diagnóstico*	Carga viral (CV) e CD4 e prova tuberculínica
2 meses ou 8 semanas após inicio de TARV ou mudança de esquema terapêutico	Carga Viral
Semestralmente*	Carga viral e CD4
Anualmente	prova tuberculinica

*Obs: Os demais exames de segmento do PVHA seguem a rotina do PACK e devem ser de solicitação médica.

Quadro 8.2 – Interpretação dos resultados de CD4 e Carga Viral e condutas

Situação Clínica e valor CD4	Conduta do enfermeiro
Assintomático e com CD4 maior que 350 cél/mm^3 e Carga viral indectetável	- Reforçar adesão terapêutica - Manter cuidados - Segmento com MFC de 3 meses

	- Pedir novo CD4 e CV em 6 meses - Notificar e investigar para HIV
Assintomático e com CD4 maior que 350 cél/mm^3 e Carga viral detectável.	-Interconsulta ou discussão com MFC se inicio do tratamento há mais de 2 meses e menos de 6 meses -Agendar retorno MFC se inicio do tratamento há mais de 6 meses (possibilidade de falha virológica) -Notificar e investigar para HIV
Assintomático e com CD4 menor que 350 cél/mm^3 e acima de 200 cél/mm^3	- Agendar retorno com MFC -Notificar e investigar para AIDS
Assintomático e com CD4 menor que 200 cél/mm^3	-Avaliação MFC imediata -Notificar e investigar para AIDS
Sintomático independente do valor do CD4	-Avaliação MFC imediata -Notificar e investigar para AIDS

Fonte: PACK Floripa (adaptado) e PCDT HIV/AIDS- Ministério da Saúde 2015 (adaptado)

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 17 mai 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.

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. Medicina Ambulatorial. **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.

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, 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf> acesso em 4 ago 2017.

ANEXO I – 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

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:

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

ANEXO II – 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 translucência nucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita 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.
- A Secretaria Municipal de Florianópolis (Guia pack) autoriza 1 Ultrassonografia no pré-natal de baixo risco sem intercorrência que deve ser solicitada do período de 17 a 22 semanas. Demais situações devem ser decididas em interconsulta com o médico.

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	04/08/2017

	de citopatológico em mulheres HIV+.	
1.2	Inclusão do capítulo 8.	04/08/2017