

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA
COMISSÃO PARA ESTUDO E VIABILIZAÇÃO DA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



**PROTOCOLO DE CONSULTA DE
ENFERMAGEM NA APS:
SAÚDE DAS MULHERES**

**VERSÃO Nº 1
2025**

VOLUME 2

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA APS SAÚDE DAS MULHERES

Gestão 2025-2028

Prefeito

Rodrigo Decimo

Vice-Prefeito

Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga

Secretário de Saúde

Guilherme Ribas Smidt

Secretário Adjunto

Luciano Machado de Oliveira

Superintendência de Atenção Básica de Saúde

Marlon Lenon Marinho da Silva

Coordenação de Atenção Básica de Saúde

Tainah Oliveira Guerra

Autoria

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

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

Integrantes:

Caren Fabiana Alves – COREN-RS 176240 – ENF

Laura Taís Loureiro Simas – COREN-RS 93543 – ENF

Maria Evanir Vicente Ferreira - COREN-RS 94622 – ENF

Neusa Brittes Feliciano Canterle – COREN-RS 164971 – ENF

Tainah Oliveira Guerra – COREN – 372646 – ENF

Bruna Dedavid da Rocha - COREN 33713 - ENF

Colaboradoras:

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nível de evidência segundo sistema GRADE.....	11
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (A).....	12
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (B).....	13
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (C).....	14
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (D).....	15
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (E).....	16
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (F).....	17
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (G).....	18
Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (H).....	19
Figura 3 – Posicionamento e pega correta do bebê no seio materno.....	149
Figura 4 - Questionamentos possíveis no atendimento de mulheres com suspeita de violência.....	167

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Atenção às queixas de corrimento vaginal ou cervicites.....	26
Fluxograma 2 - Atenção às queixas urinárias femininas.....	33
Fluxograma 3 - Cólica menstrual.....	34
Fluxograma 4 - Fluxo do município para métodos contraceptivos definitivos - laqueadura e vasectomia.....	67
Fluxograma 5 - Atenção à mulher com queixa de nódulo(s) mamários(s).....	92
Fluxograma 6 - Acolhimento e introdução da mulher como gestante na Atenção Básica.....	93
Fluxograma 7 - O que fazer na anemia gestacional.....	126
Fluxograma 8 - o que fazer nas queixas urinárias em gestantes.....	127
Fluxograma 9 - O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico.....	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas do Processo de Enfermagem.....	21
Quadro 2 - Comparativo entre SOAP, etapas do Processo de Enfermagem e CIPE.....	24
Quadro 3 - Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (A).....	27
Quadro 3 - Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (B).....	29
Quadro 3 - Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (C).....	30
Quadro 3 - Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (D).....	31
Quadro 4 - Úlceras genitais.....	31
Quadro 5 - Principais diagnósticos de enfermagem para disfunções sexuais mais comuns.....	35
Quadro 6 - Condutas de enfermagem no período pré concepcional.....	40
Quadro 7 - Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo (A).....	41
Quadro 7 - Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo (B).....	42
Quadro 8 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos.....	42
Quadro 9 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos conforme tipo de método escolhido e orientação ao enfermeiro (A).....	44
Quadro 9 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos conforme tipo de método escolhido e orientação ao enfermeiro (B).....	45
Quadro 9 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos conforme tipo de método escolhido e orientação ao enfermeiro (C).....	46
Quadro 10 - Métodos comportamentais (A).....	48
Quadro 10 - Métodos comportamentais (B).....	48
Quadro 11 - Métodos hormonais.....	50
Quadro 12 - Métodos de barreira.....	57
Quadro 13 - Orientação sobre Dispositivo Intra Uterino (DIU).....	60
Quadro 14 - Diagnósticos de enfermagem para manifestações clínicas mais comuns no uso de contraceptivos reversíveis.....	62
Quadro 15 - Manifestações clínicas mais comuns no uso de contraceptivos reversíveis.....	62
Quadro 16 - Síntese de Métodos contraceptivos definitivos.....	65
Quadro 17 - Principais diagnósticos de enfermagem relacionados à prevenção do câncer de colo uterino.....	69
Quadro 18 - Roteiro de Assistência de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo Uterino.....	69
Quadro 19 - Indicação da vacina contra o HPV.....	71
Quadro 20 - Recomendações para coleta de citopatológico em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.....	72
Quadro 21 - Recomendações e condutas conforme os resultados do exame.....	75
Quadro 22 - Achados clínicos comuns e alterados no colo uterino.....	79
Quadro 23 - Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença.....	82
Quadro 24 - Tratamento e monitoramento de sífilis adquirida.....	82

Quadro 25 - Síntese de Prevenção de Câncer de Mama.....	85
Quadro 26 - Taxonomia e principais diagnósticos de enfermagem referentes à interpretação de resultados de Mamografia e cuidados/intervenções de enfermagem no acompanhamento do rastreamento de câncer de mama.....	87
Quadro 27 - Rastreamento do câncer de mama.....	87
Quadro 28 - Resultados da mamografia e condutas da atenção básica.....	88
Quadro 29 - Taxonomia dos problemas/queixas mais comuns nas mamas.....	89
Quadro 30 - Manejo dos problemas/queixas mais comuns nas mamas.....	90
Quadro 31 - Síntese de condutas conforme o trimestre da gestação.....	95
Quadro 32 - Exame clínico no pré-natal.....	98
Quadro 33 - Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré eclâmpsia..	110
Quadro 34 - Interpretação dos resultados de exames no pré-natal.....	111
Quadro 35 - Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação.....	117
Quadro 36 - Imunização da gestante.....	129
Quadro 37- Atenção às intercorrências do pré-natal.....	131
Quadro 38 - Interpretação de resultados de ultrassonografia do pré-natal de risco habitual..	138
Quadro 39 - Sinais de alerta na gestação.....	139
Quadro 40 - Conduta em caso de sífilis reagente na gestação.....	139
Quadro 41 - Diagnósticos de enfermagem no Pré-Natal de Risco Habitual.....	141
Quadro 42 - Consulta Puerperal.....	143
Quadro 43 - Principais itens a serem observados na mamada.....	148
Quadro 44 - Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação.....	150
Quadro 45 - Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno.....	154
Quadro 46 - Diagnósticos de enfermagem relacionados a manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa.....	159
Quadro 47 - Roteiro de consulta de Enfermagem no climatério.....	160
Quadro 48 - Queixas mais comuns no climatério e manejo.....	161
Quadro 49 - Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo dos sintomas transitórios no climatério.....	163
Quadro 50 - Consulta de Enfermagem na Situação de Violência.....	171

LISTA DE SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ACO	Anticoncepcional oral
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimentos cardíofetais
CIAP	Classificação Internacional de Assistência Primária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CO	Centro Obstétrico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Comprimido
CRAS	Centro de Referências de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM	Centro de Referência da Mulher
CRS	4ª Coordenadoria Regional de Saúde
CVSAE	Comissão para Estudo e Viabilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem
DEAM	Delegacia de Atendimento à Mulher
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DM	Diabetes Mellitus (DM)
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Data provável de parto
DUM	Data da última menstruação
EAP	Equipe de Atenção Primária
ECM	Exame clínico das mamas
EQU	Exame qualitativo de urina
ESF	Estratégia de Saúde da Família

FSH	Hormônio Folículo Estimulante
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HA	Hipertensão arterial
HCS	Hospital Casa de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção do trato urinário
LH	Hormônio Luteinizante
LT	Laqueadura Tubária
MMII	Membros inferiores
MS	Ministério da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Profilaxia Pós Exposição ao HIV
PREP	Profilaxia Pré Exposição ao HIV
PS	Pronto Socorro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SOAP	Subjetivo, objetivo, avaliação e plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral

TOTG	Teste oral de tolerância à glicose
TPP	Trabalho de parto prematuro
TR	Teste rápido
TVP	Trombose venosa profunda
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VO	Via oral
VV	Via vaginal

SUMÁRIO

ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 A ENFERMAGEM.....	20
1.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	20
1.3 O REGISTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	22
1.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE®.....	22
2 ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
2.1 CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES.....	25
2.1.1 ENTREVISTA.....	25
2.1.2 EXAME FÍSICO.....	25
2.2 CÓLICA MENSTRUAL.....	33
2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS MAIS COMUNS.....	35
2.3.1 DISPAREUNIA.....	35
2.3.2 VAGINISMO.....	36
2.3.3 ANORGASMIA.....	36
2.3.4 INADEQUAÇÃO SEXUAL.....	37
2.3.5 COMPORTAMENTO SEXUAL COMPULSIVO.....	38
2.3.6 FRIGIDEZ.....	38
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	40
3.1 PRECONCEPÇÃO.....	40
3.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DA MULHER E OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	42
3.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	47
3.3.1 MÉTODOS COMPORTAMENTAIS.....	47
3.3.2 MÉTODOS HORMONAIS.....	49
3.3.3 MÉTODOS DE BARREIRA.....	57
3.3.4 DISPOSITIVO INTRA UTERINO - DIU DE COBRE.....	59
3.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS NO USO DE CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS.....	62
3.5 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DEFINITIVOS.....	65
4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	68
4.1 PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	68
4.2 ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO.....	70
4.3 SÍFILIS FEMININA.....	82
5 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	84
5.1 AÇÕES DE RASTREAMENTO.....	84
6 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	93
6.1 AVALIAÇÃO DE RISCO NO PRÉ-NATAL.....	93
6.2 ROTEIRO DE CONSULTAS.....	94

6.3 SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....	139
6.4 CONSULTA PRÉ-PARTO COM ACOMPANHANTE DE PARTO.....	140
6.5 PARTICIPAÇÃO DA PARCERIA NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.....	141
6.6 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO.....	142
6.6.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PUERPÉRIO.....	145
6.6.2 SEXUALIDADE NO PUERPÉRIO.....	146
7 ALEITAMENTO MATERNO.....	148
7.1 TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO.....	148
7.2 SUSPENSÃO DO ALEITAMENTO MATERNO - CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS E RELATIVAS.....	154
7.3 LEGISLAÇÕES.....	156
7.4 ORIENTAÇÕES PARA ARMAZENAMENTO DE LEITE MATERNO ORDENHADO.....	156
7.4.1 PREPARO DOS FRASCOS/UTENSÍLIOS/EMBALAGENS PARA COLETA.....	156
7.4.2 ORDENHA DOMICILIAR.....	157
8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA MENOPAUSA E CLIMATÉRIO.....	159
8.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA.....	162
8.2 CONTRACEPÇÃO NO CLIMATÉRIO.....	163
9 ATENÇÃO ÀS MULHERES SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	166
9.1 IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NÃO DECLARADA - SINAIS DE ALERTA.....	167
9.1.1 COMO ABORDAR ESSA POPULAÇÃO?.....	167
9.1.2 SINAIS CLÍNICOS.....	168
9.1.3 SINAIS PSICOSSOMÁTICOS.....	168
9.1.4 SINAIS SOCIAIS.....	168
9.2 SERVIÇOS PARA ATENÇÃO INTEGRADA E COMPETÊNCIAS.....	168
9.2.1 SAÚDE.....	168
9.2.2 SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADOS.....	169
9.3.3 SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA.....	170
9.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ATENDIMENTO.....	170
9.5 INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.....	172
10 REFERÊNCIAS.....	174
ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	180
ANEXO 2 - ATENDIMENTO INTERSETORIAL AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA... 182	
ANEXO 3 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	183

ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010 apud COREN RS, 2022). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades loco regionais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

O sistema de classificação GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* - é uma proposta internacional de graduação da qualidade e da força das recomendações em saúde, indicada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde para síntese de evidências (GRADE, 2014 apud COREN RS, 2022). O GRADE atribui quatro níveis de evidências conforme a figura abaixo:

Figura 1 - Nível de evidência segundo sistema GRADE

Nível de evidência	Legenda*	Fonte de informação
Alto ++++	A	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
Moderado +++●	B	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações leves, como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Baixo ++●●	C	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses.
Muito Baixo +●●●	D	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a aproximação e compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (A)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Uptodate SciELO	Anorgasmia Disfunções sexuais	Apenas as intervenções psicossociais são opções para o tratamento do transtorno orgástico feminino. O tratamento com masturbação deve ser a terapia de primeira linha. Nenhum medicamento mostrou eficácia para o distúrbio nas evidências disponíveis.	C Baixo
BMJ Ministério da Saúde Uptodate Medline Cochrane	Menopausa Dispareunia Atrofia urogenital Estrogenização local para coleta CP no climatério e na pós-menopausa Ressecamento vaginal	Recomendar o uso de lubrificante vaginal aquoso para todas as mulheres. Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever Estriol® creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses.	A Alto
Ministério da Saúde UptoDate	Rastreamento do câncer de mama	Recomenda-se o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 69 anos;	B Moderado
		Recomenda-se contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos ou com idade a partir de 70 anos;	A Alto
	Mamografia	Recomenda-se periodicidade bianual do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas;	C Baixo
	Ultrassonoqrafia	Há ausência de recomendação para a realização do Exame clínico das mamas como método de rastreamento: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto;	
	Exame clínico das Mamas	Ausência de recomendação para a realização da ultrassonoqrafia mamária como método de rastreamento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia;	
Ministério da Saúde UptoDate	Autoexame das mamas	Recomenda-se contra o ensino do Autoexame das mamas como método de rastreamento do câncer de mama.	B/C Baixo a moderado
Ministério da Saúde UptoDate	Mastalgia sem febre	Prescrever Paracetamol 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias OU Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias.	C Baixo

*Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (B)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Instituto Nacional de Câncer	Rastreamento do câncer de colo de útero	Recomenda-se o rastreamento com exame citopatológico do útero em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que já tiveram ou têm atividade sexual;	A Alto
		O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado;	D Muito baixo
		O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório;	A Alto
	Amostra insatisfatória	Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos;	B Moderado
	Qualidade da amostra	O exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical e da ectocérvice;	A Alto
	Rastreamento em gestantes e em mulheres na pós-menopausa	Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres;	A Alto
	Mulheres submetidas à histerectomia total	Por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais; Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada;	A Alto
	Mulheres sem história de atividade sexual	Não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero;	D Muito baixo
Mulheres imunossuprimidas	O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão; Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm ³ , devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.	B Moderado	

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (C)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
TelessaúdeRS-UFRGS UptoDate	Inspeção visual do colo uterino	Não é recomendado realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento de câncer de colo uterino.	C Baixo
Ministério da Saúde UptoDate SciELO	Dismenorreia	Recomendar aplicação de calor local para todas as mulheres com dismenorreia; Prescrever Ibuprofeno 600 mg , 1 comprimido via oral de 8/8 horas, no início dos sintomas e por até 3 dias durante a menstruação OU Paracetamol 500 mg , 1 comprimido via oral de até 6/6 horas; Para mulheres com dismenorreia que desejam contracepção, considerar uso de método anticoncepcional hormonal.	C Baixo
	Sangramento uterino anormal Adolescente	Adolescentes com sangramento uterino anovulatório leve e sem desejo de contracepção, sugere-se observar o quadro; Adolescentes com sangramento uterino sem anemia e desejo de contracepção, considerar iniciar terapia hormonal.	C Baixo

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (D)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Instituto Nacional de Câncer	Resultado citologia oncológica	Seguir a rotina de rastreamento citológico;	A Alto
	Dentro dos limites da normalidade	Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, tratar conforme a queixa apresentada. Ausência de queixa, não há necessidade de tratamento ou repetição do exame citopatológico;	A Alto
	Infamação sem identificação de agente	Seguir a rotina de rastreamento citológico;	D Muito baixo
	Atrofia com infamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico. Se sintomatologia, deve ser abordada conforme diretriz específica;	A Alto
	Achados microbiológicos (Lactobacillus sp.; Cocos; Outros Bacilos)	Mulher com 30 anos ou mais será a repetição do exame em seis meses ;	A Alto
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	Mulheres com < 30 anos, a repetição do exame em 12 meses ;	A Alto
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	Se resultado da citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia ;	B Moderado
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas para uma unidade de referência para colposcopia ;	A Alto
	Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), possivelmente não neoplásicas ou células glandulares AGC quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	Todas as mulheres com laudo citopatológico de AGC devem ser encaminhadas para colposcopia ;	A Alto
	Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou células atípicas de origem indefinida, quando não se pode afastar lesão de alto grau	Todas as mulheres com laudo citopatológico de AGC devem ser encaminhadas para colposcopia ;	A Alto
	Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau	Mulheres com o diagnóstico citológico de células atípicas de origem indefinida devem ser encaminhadas para a unidade secundária para investigação;	A Alto
	Lesão Intraepitelial escamosa de alto grau	Repetir o exame citopatológico em seis meses . Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva , encaminhar à unidade de referência para colposcopia . Em gestantes qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após três meses do parto ;	A Alto
	Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide Invasor ou Adenocarcinoma in situ e Invasor	Encaminhar à unidade de referência para realização de colposcopia ;	A Alto
	Encaminhar à unidade de referência para realização de colposcopia	A Alto	

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (E)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate SciELO	Climatério	Mudanças simples no estilo de vida e mudanças comportamentais, como manter a temperatura corporal central baixa, costumam ser adequadas para controle dos sintomas;	C Baixo
	Abordagem não farmacológica		
	Atividade física	A prática regular de atividade física contribui para a redução na severidade e na frequência das ondas de calor, para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, para a melhora do humor, aumento da densidade mineral óssea, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhora do perfil lipídico e redução dos níveis pressóricos;	B/C Baixo a Moderado
	Acupuntura	A acupuntura pode conferir benefícios na redução da severidade das ondas de calor, da sudorese e insônia a curto prazo;	B Moderado
	Ioga	A ioga pode ser eficiente na redução dos sintomas climatéricos, especialmente, nos sintomas psicogênicos e de insônia;	A/ B Moderado
	Fitoterapia	O uso de fitoterápicos como soja, valeriana e melissa podem ser utilizados como tratamento de primeira linha em mulheres com sintomas vasomotores leves e moderados a curto prazo.	A/D Muito baixo a Alto
Ministério da Saúde UptoDate	Abordagem farmacológica no climatério	A maioria das mulheres com menos de 60 anos e menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas moderados a graves associados ao prejuízo na qualidade de vida, são candidatas à terapia hormonal e devem ser encaminhadas à consulta médica.	B Moderado
	Terapia de reposição hormonal		

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (F)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate	Abordagem farmacológica no climatério Terapia de reposição hormonal	A maioria das mulheres com menos de 60 anos e menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas moderados a graves associados ao prejuízo na qualidade de vida, são candidatas à terapia hormonal e devem ser encaminhadas à consulta médica.	B Moderado
BMJ UptoDate	Osteoporose Menopausa	Medidas de estilo de vida devem ser adotadas universalmente para reduzir a perda óssea em mulheres na pós-menopausa, incluindo: dieta rica em cálcio e vitamina D, exercícios, parar de fumar, aconselhamento sobre prevenção de quedas e evitar o consumo excessivo de álcool.	B Moderado
PubMed Ministério da Saúde	Vaginose citolítica Citólise de Döderlein	Prescrever banho de assento com bicarbonato de sódio (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras de água morna e 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio (15 a 30 g), 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas.	B Moderado
Ministério da Saúde UptoDate	Candidíase vaginal	Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: uso de lubrificantes tópicos à base de água e sem fragrância, preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas e de absorventes diários;	D Muito Baixo
		<p>Tratamento de primeira escolha: Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias;</p> <p>Segunda escolha: Fluconazol 150 mg, VO, dose única;</p> <p>Gestantes e nutrízes: Realizar tratamento apenas por via vaginal. O tratamento via oral está contraindicado;</p> <p>Candidíase vulvovaginal recorrente: Em caso de 4 ou mais episódios em um ano, prescrever Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, a cada 72 h OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia.</p>	B/C Baixo a Moderado

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (G)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate	Vaginose bacteriana	Tratamento de primeira escolha (incluindo gestantes e nutrizes): Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias;	A Alto
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Segunda escolha: Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias; Vaginose bacteriana recorrente: Em caso de recorrência sintomática de 30 a 90 dias (considerando até 9 meses) após o tratamento inicial, prescrever Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10 a 14 dias; - Não recomendar tratamento para as parcerias sexuais como rotina.	B Moderado
Ministério da Saúde UptoDate	Tricomoniase	Tratamento de primeira escolha: Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (2 g); Segunda opção, gestantes e nutrizes: Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias.	C Baixo
BMJ LILACS Ministério da Saúde UptoDate	Cistite Disúria Infecção do trato urinário (ITU) Pielonefrite	A investigação clínica das queixas urinárias deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, não sendo necessário na maioria dos casos a realização de exames complementares; São indicações para solicitação de Exame qualitativo de urina e urocultura para confirmação diagnóstica: persistência dos sintomas após 48 h de tratamento; suspeita de ITU recorrente; história de tratamento recente; sintomas há mais de 7 dias; idade acima de 65 anos; diabetes; gestantes; imunossuprimidas; Iniciar tratamento empírico de primeira linha para ITU não complicada com sulfametoxazol + trimetropina (800 mg + 160 mg), 01 cp de 12/12 h por 3 dias OU nitrofurantoína** 100 mg, 01 cp. de 6/6 h por 5 a 7 dias.	C Baixo

Fonte: COREN-RS, 2022

Figura 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (H)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ	Dor pélvica de origem ginecológica	Tratamento de primeira escolha: Prescrever Ibuprofeno: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia.	A/B Alto a Moderado

*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.
 (B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.
 (C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.
 (D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há importante grau de incerteza nos achados.

** Quando há disponibilidade da nitrofurantoína de liberação lenta (mono-hidratada) a posologia recomendada passa a 100 mg de 12/12 horas.

Fonte: COREN-RS, 2022

1 INTRODUÇÃO

O município de Santa Maria foi fundado em 17 de maio de 1858 e está localizado na região Central do Rio Grande do Sul. Segundo o Censo 2022, possui 271.735 habitantes. Ainda de acordo com esse censo, 52,6% (142.846) desses habitantes são mulheres e a sua maioria se encontra na faixa etária de 20 a 24 anos (IBGE, 2023). Com isso, é necessário qualificar a assistência a essa população a partir de condutas baseadas em evidências.

Desse modo, com o intuito de iniciar um processo de qualificação da assistência de enfermagem aos usuários, cuja necessidade foi verificada a partir dos debates nas reuniões mensais dos enfermeiros, formou-se uma comissão composta por sete enfermeiras do quadro funcional da Secretaria de Município da Saúde que deram início a criação de Protocolos de Enfermagem.

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

1.1 A ENFERMAGEM

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

A Enfermagem desempenha uma função importante nos diversos espaços da assistência, do ensino e da pesquisa na efetivação do Sistema Único de Saúde. Na atenção primária em saúde, as atribuições do Enfermeiro estão voltadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidade, realizados de maneira interdisciplinar e multiprofissional (COFEN, 2024).

1.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O enfermeiro, enquanto agente de transformação social, busca a organização e operacionalização do seu trabalho a partir do Processo de Enfermagem (PE), determinada pela resolução COFEN n.º 736/2024 que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2024).

O PE, a partir de métodos, diretrizes, normativas, instrumentos orientativos, torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação necessária da prática, tornando evidente a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população (COFEN, 2024).

O PE se organiza em cinco etapas inter-relacionadas interdependentes, recorrentes e cíclicas:

Quadro 1 - Etapas do Processo de Enfermagem

PROCESSO DE ENFERMAGEM	CONCEITO
I - Avaliação de Enfermagem	Compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes a saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática.
II - Diagnóstico de Enfermagem	Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais.
III - Planejamento de Enfermagem	Compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para a pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. deverá envolver: <ul style="list-style-type: none"> - Priorização de Diagnósticos de Enfermagem; - Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde; - Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.
IV - Implementação de Enfermagem	Compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões: <ul style="list-style-type: none"> - Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomo do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente e realizados pelo enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou por auxiliar de Enfermagem, observadas as competência técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão; - Padrões de cuidados em Programas de Saúde Cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.
V - Evolução de Enfermagem	Compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

Fonte: COFEN, 2024

A documentação do Processo de Enfermagem deve ser realizada pelos membros da equipe de Enfermagem no prontuário do paciente, cabendo ao enfermeiro o registro de todas as suas etapas. É privativo ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem, sendo este

acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas. Os membros da equipe de Enfermagem devem registrar a anotação de enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação de outros registros próprios da enfermagem, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (COFEN, 2024).

A Enfermagem originalmente se diferencia na abordagem integral centrada na pessoa e na atenção à resposta humana. Assim o Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem (COFEN, 2024).

A Consulta de Enfermagem é uma atividade independente e privativa do enfermeiro, cujo objetivo é propiciar condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, e está respaldada por uma série de dispositivos legais que orientam uma prática ética e segura (COFEN, 2024).

A Consulta de Enfermagem deve ocorrer no atendimento à demanda programada ou espontânea, na unidade de saúde, no domicílio ou em outros espaços do território. A mesma está prevista nas atribuições mínimas do Enfermeiro, sendo ofertada às pessoas de todas as faixas etárias (COFEN, 2024).

1.3 O REGISTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2024).

Para registro no prontuário eletrônico, recomenda-se o uso do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), a construção/atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE® (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) como forma de facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos (COFEN, 2024).

Registros de enfermagem claros e bem organizados fazem parte da elaboração de uma boa história clínica ou de vida, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema ou necessidades de saúde (COFEN, 2024).

1.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE®

A motivação dos enfermeiros para melhorar o registro e o cuidado de Enfermagem levou a buscar uma terminologia contribuindo para a qualidade da assistência e o reconhecimento enquanto profissão que produz cuidado, conhecimento e ciência. Optou-se por estudar melhor a CIPE® por acreditarmos que esta classificação é adequada às necessidades da atenção primária (COFEN, 2024).

No 19º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem em Seul, na Coreia, ocorrido em 1989, foi aprovada a resolução para estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com objetivo precípuo de demonstrar de forma concreta a importante contribuição da enfermagem para a saúde, criando uma linguagem universal apta a envolver a Enfermagem do mundo inteiro em torno de uma causa comum (COFEN, 2024).

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

A CIPE® é um instrumento tecnológico que auxilia o raciocínio e a tomada de decisão clínica durante a execução do Processo de Enfermagem, além de promover a comunicação entre os profissionais da enfermagem e entre outras áreas. A CIPE® favorece a documentação da prática profissional, tanto para avaliação quanto para a visibilidade da contribuição do enfermeiro à saúde das pessoas, famílias e coletividades humanas (GARCIA, 2019\2020).

A composição dos enunciados de diagnósticos de enfermagem deve seguir as diretrizes concretizadas na norma ISO 18.104, a qual orienta o uso obrigatório de um termo do eixo FOCO e um do eixo JULGAMENTO, que podem ser acrescidos de termos de outros eixos, para assim ilustrar o conceito de diagnósticos estruturados, e de forma semelhante dá-se a construção das intervenções de enfermagem. Para a afirmativa de uma ação de enfermagem, ela deve conter um descritor para ação e, no mínimo, um descritor para o alvo, ou seja, a entidade que é afetada pela ação (GARCIA, 2019\2020).

Para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, são recomendadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo do Foco, (2) deve incluir um termo do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, dos eixos do Foco, Julgamento ou de outros eixos. No desenvolvimento de enunciados de intervenções de enfermagem, são aconselhadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo da Ação, (2) deve incluir pelo menos um termo Alvo – um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo (GARCIA, 2019\2020).

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesta perspectiva a CIPE® tem por objetivo:

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

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

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

- ✓ Permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de pacientes, contextos, áreas geográficas e tempo;
- ✓ Estimular a investigação em Enfermagem através da relação com os dados disponíveis nos sistemas de informação em Enfermagem e da saúde;
- ✓ Fornecer dados sobre a prática de Enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde e;
- ✓ Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, prestação do cuidado de Enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de Enfermagem (GARCIA, 2019\2020).

Através dos objetivos, a CIPE® é capaz de proporcionar a comunicação entre os pares, comparar os dados de enfermagem entre os diferentes contextos, auxiliar na tomada de decisão do profissional, no raciocínio clínico do enfermeiro, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, na geração de novos conhecimentos, na promoção de um cuidado qualificado e na garantia de mais instrumentos para a segurança do paciente (GARCIA, 2019\2020).

A Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria orienta a integração dos sistemas de registro com o Processo de Enfermagem, conforme o quadro da página seguinte:

Quadro 2 - Comparativo entre SOAP, etapas do Processo de Enfermagem e CIPE

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

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2015 e COFEN, 2024

O presente protocolo foi elaborado com base em publicações atualizadas do Ministério da Saúde e considerando as evidências científicas para tomada de decisão clínica do enfermeiro. Diante disso, a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, aprovou este protocolo, a partir da Portaria nº 01/2021 em 19 de maio de 2021(SANTA MARIA, 2021).

2 ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.1 CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES

Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites (Florianópolis, 2020).

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 (Florianópolis, 2020).

De maneira análoga, os quadros de colpites e cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal. Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica (DIP), infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos (Florianópolis, 2020).

2.1.1 ENTREVISTA

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

- Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro;
- Diabetes, gravidez suspeita ou confirmada;
- Abortamento ou parto recentes;
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Período de início dos sintomas (Florianópolis, 2020).

2.1.2 EXAME FÍSICO

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

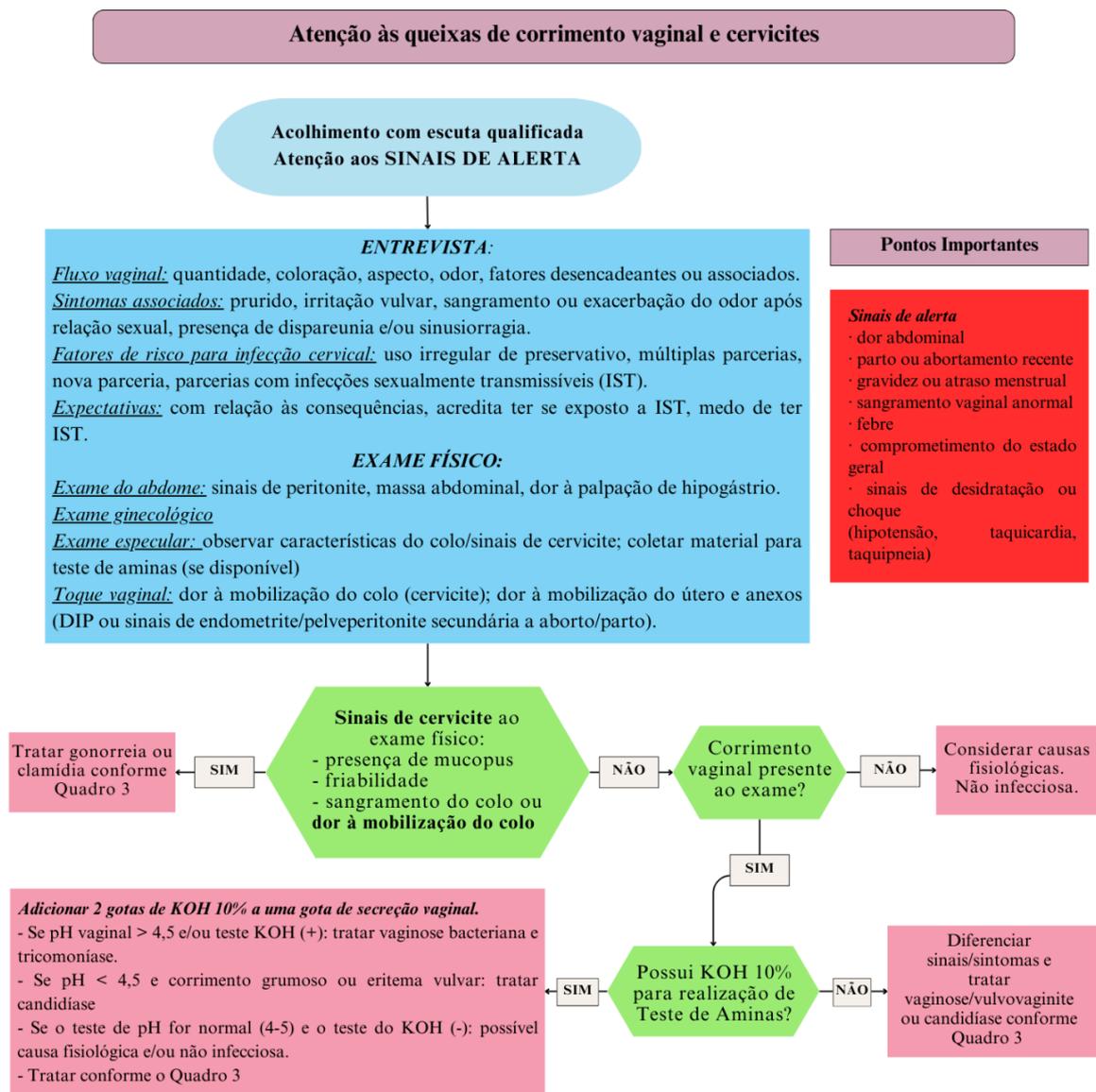
- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos;
- Exame especular: observar características do colo/sinais de cervicite (presença de muco pus, friabilidade, dor à mobilização do colo).
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo, útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelve peritonite secundária a aborto/parto). (Florianópolis, 2020).



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

- Dor abdominal;
 - Irregularidades do ciclo menstrual/sangramento vaginal normal;
 - Febre;
 - Comprometimento do estado geral;
 - Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia).
- (Florianópolis, 2020).

Fluxograma 1 - Atenção às queixas de corrimento vaginal ou cervicites



Fonte: Brasil, 2016



Quadro 3 – Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (A)

CAUSA IDENTIFICADA	AGENTE ETIOLÓGICO	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS	INTERVENÇÕES	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
<p>Candidíase vulvovaginal</p>  <p>(Florianópolis, 2020)</p>	<p><i>Candida spp.</i> <i>Candida albicans</i> (mais frequente)</p>	<p>- Prurido vaginal intenso; - Hiperemia de mucosa e edema vulvar; - Teste do KOH: negativo (quando disponível); - Secreção branca, grumosa, sem odor, aderida à parede vaginal e ao colo do útero; - Dor ou irritação vulvar; - Dispareunia de introito vaginal.</p> <p>-----</p> <p>- Atentar para diagnóstico diferencial de vaginose citolítica, especialmente em casos refratários ao tratamento, uma vez que essa condição é frequentemente confundida e tratada como candidíase; - Atentar para fatores que predisõem infecções fúngicas: gravidez, obesidade, diabetes mellitus descompensado, uso de corticoides e de antibióticos, uso de contraceptivos orais, imunossupressão, hábitos</p>	<p>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • 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. 	<p>- Miconazol creme vaginal 2%, um aplicador à noite, por 7 noites ao deitar-se (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término) - <u>tratamento de primeira escolha;</u></p> <p>OU</p> <p>- Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal (VV), à noite ao deitar-se, por 14 dias;</p> <p>OU</p> <p>- Fluconazol 150 mg dose única (verificar alergia prévia) (NÃO prescrever para gestantes e nutrízes.)</p> <p>- Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg e repetindo a dose após 3 dias e após 6 dias da primeira dose;</p> <p>- Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), investigar DM e HIV e encaminhar para consulta médica. Parcerias de mulheres com infecção recorrente devem ser tratadas(as) com Fluconazol 150mg dose única (verificar alergia prévia).</p>

		<p>de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local e contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes;</p> <p>- Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;</p>		
--	--	--	--	--

Quadro 3 – Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (B)

CAUSA IDENTIFICADA	AGENTE ETIOLÓGICO	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS	INTERVENÇÕES	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
<p>Vaginose Bacteriana</p>  <p>(FEBRASGO, 2018)</p>	<p>-Gardnerella Vaginalis; -Mobiluncus sp; -Bacteroides sp; -Mycoplasma hominis; -Peptococcus e outros anaeróbios.</p>	<p>- Corrimento esbranquiçado /acinzentado, de aspecto bolhoso, consistência fina e homogênea, com odor fétido característico (“cheiro de peixe”) que pode ser mais perceptível após a relação sexual e durante a menstruação;</p> <p>- Realizar Teste do KOH - Hidróxido de potássio (teste de Whiff ou teste das aminas) quando disponível, sempre que possível, adicionando duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal. Em caso de apresentar cheiro de peixe podre o resultado é positivo, indicando vaginose bacteriana;</p>	<p>- Atentar para fatores de risco para vaginose bacteriana, como: atividade sexual, raça negra, uso frequente de duchas vaginais e tabagismo;</p> <p>- Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;</p> <p>- Evitar/diminuir o uso de roupas apertadas;</p> <p>- Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase. A primeira não se qualifica como IST, não havendo a necessidade de convocação de parcerias; e a segunda sim, necessitando assim convocação das mesmas.</p>	<p><u>Mulheres, incluindo gestantes ou nutrízes:</u> Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia por 7 dias</p> <p>OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias;</p> <p>* A paciente deve ser aconselhada a não ingerir bebidas alcoólicas ou medicamentos que contenham álcool em sua formulação por pelo menos 24 horas após o final do tratamento com metronidazol, devido à possibilidade de reação do tipo dissulfiram (efeito <i>antabuse</i>).</p>

Quadro 3 – Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (C)

CAUSA IDENTIFICADA	AGENTE ETIOLÓGICO	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS	INTERVENÇÕES	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
Gonorreia (Infecção sem Complicação)	<i>-Neisseria Gonorrhoeae.</i>	70% - 80% - Assintomáticas - Corrimento vaginal; -Sangramento intermenstrual ou pós-coito; - Sangramento ao toque da espátula ou swab (ao exame); - Dispareunia; - Disúria; - Material muco-purulento no orifício externo do colo; - Dor à mobilização do colo		<u>Mulheres em geral, Gestantes e Nutrizes:</u> - Ceftriaxona 500mg intramuscular (IM) dose única.
Clamídia  (Florianópolis, 2020)	<i>-Chlamydia trachomatis.</i>		- Fornecer informações sobre IST e sua prevenção; - Ofertar preservativos; - Tratar as parcerias sexuais.	<u>Mulheres em geral, Gestantes e Nutrizes:</u> - Azitromicina 1g, VO, Dose Única
Tricomoníase  (BASU, 2017)	<i>- Trichomonas vaginalis.</i>	- Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida; - Prurido intenso; - Edema de vulva; - Dispareunia; - Colo com petéquias e em “framboesa”; - Menos frequente: disúria.		<u>Mulheres em geral, Gestantes e Nutrizes:</u> Metronidazol 2g, VO, dose única OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia por 7 dias

Quadro 3 – Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites (D)

CAUSA IDENTIFICADA	AGENTE ETIOLÓGICO	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS	INTERVENÇÕES	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
Vaginose Citolítica	- Síndrome de crescimento excessivo do <i>Lactobacillus</i> ou citólise de Döderlein.	- Prurido; - Queimação; - Dispareunia; - Disúria terminal; - Corrimento branco abundante que piora na fase lútea. * Ocorre em função do aumento do número de <i>Lactobacillus sp</i> no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5). * Facilmente confundida com Candidíase.	- Banho de assento em solução composta por 4 xícaras de água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, por 5 a 10 minutos, a cada duas semanas ou até melhora dos sintomas. - Orientar a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.	-

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL, 2022; COREN RS, 2022; FLORIANÓPOLIS, 2020.

Quadro 4 - Úlceras genitais

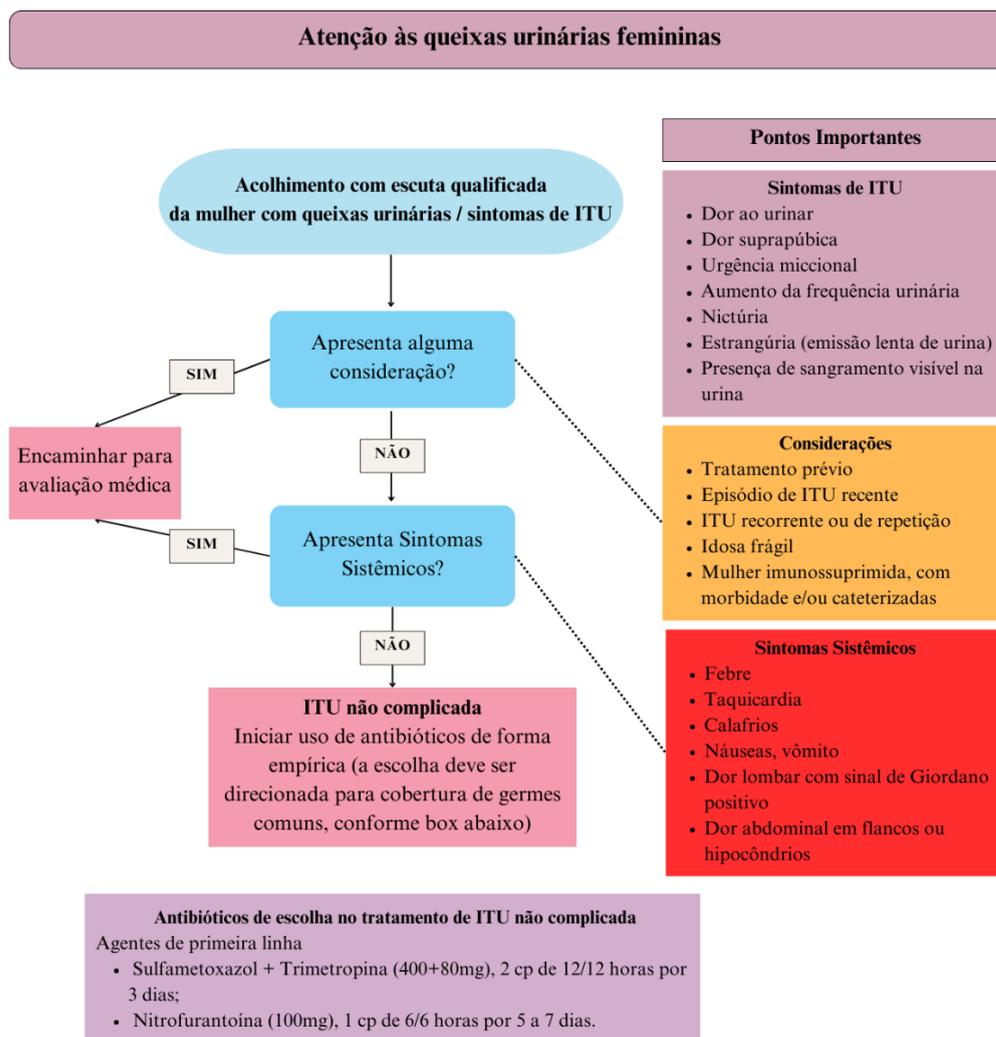
TIPO DE ÚLCERA	AGENTE ETIOLÓGICO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	INTERVENÇÕES	TRATAMENTO
Cancro Mole	<i>Haemophilus Ducreyi</i> (Período de incubação: três dias a duas semanas)	Lesões dolorosas geralmente múltiplas bordas irregulares com contorno eritemato-edematosos, fundo heterogêneo recoberto por exsudato necrótico, amarelado com odor fétido, que quando removido revela tecido de granulação com sangramento fácil. Localização mais frequentes na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios.	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.	Azitromicina 500mg, 2 cp - VO dose única OU Ceftriaxona 250mg - IM OU Ciprofloxacino 500mg, 1 cp - VO 2x/dia por três dias <u>Obs: O tratamento das parcerias sexuais é recomendado mesmo se</u>



TIPO DE ÚLCERA	AGENTE ETIOLÓGICO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	INTERVENÇÕES	TRATAMENTO
				<u>assintomáticas: Azitromicina 500mg, 2cp - VO em dose única</u>
Herpes Genital	Vírus do Herpes Simples tipo 2 (Período de incubação: média de seis dias)	Lesões eritemato/papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas, e de localização variável na região genital, a linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50 % dos casos. Quando a herpes acomete o colo do útero é comum corrimento vaginal podendo ser abundante.	Encaminhar para avaliação médica	Médico

Fonte: BRASIL, 2016; Criciúma-SC, 2022; BRASIL, 2022.

Fluxograma 2 - Atenção às queixas urinárias femininas



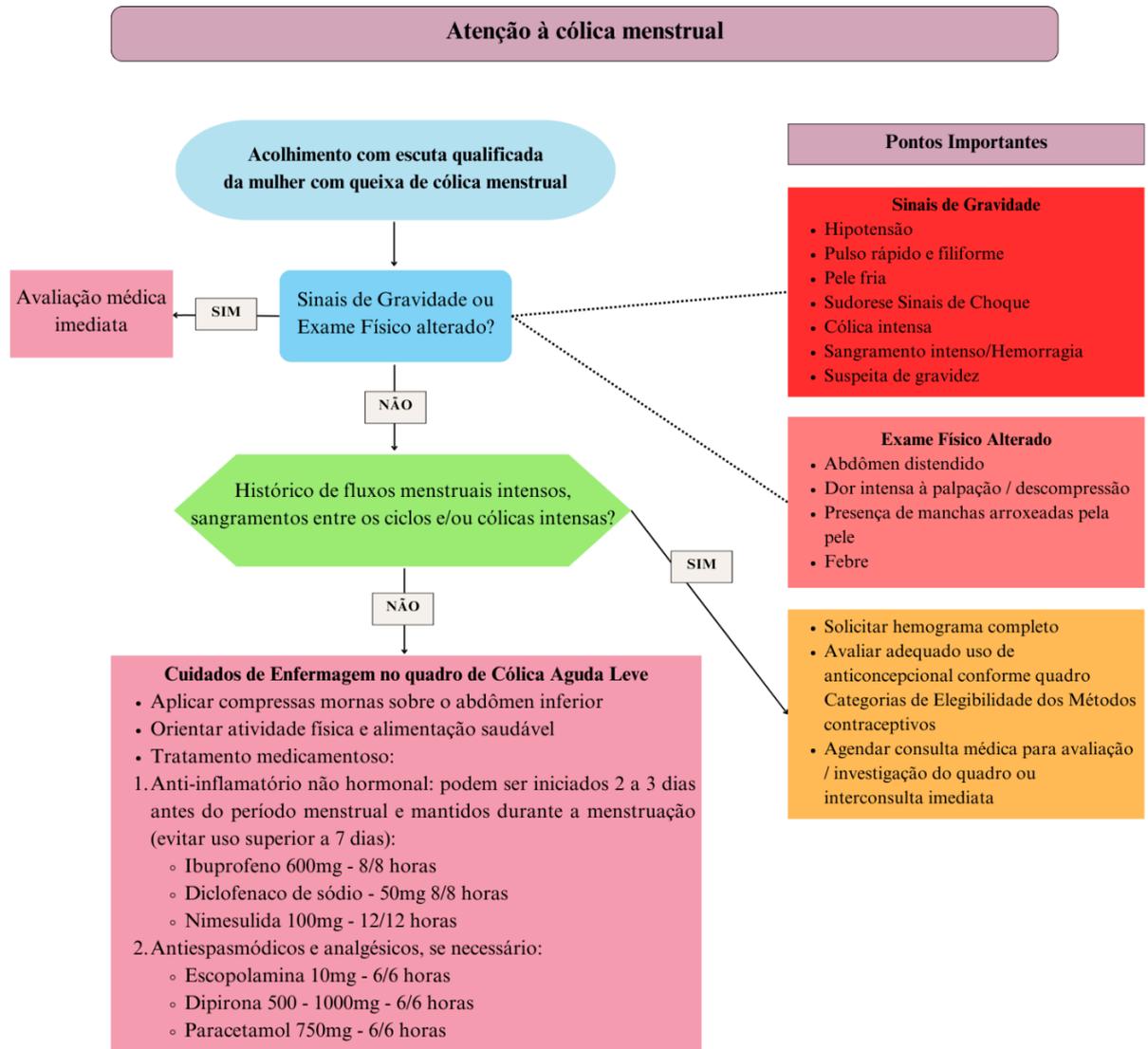
Fonte: Brasil, 2016

2.2 CÓLICA MENSTRUAL

No atendimento às queixas de cólica menstrual é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como, a determinação de possíveis situações agravantes, determinando o encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário) (FLORIANÓPOLIS, 2020).

É fundamental o acolhimento à usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Fluxograma 3 – Cólica menstrual



Fonte: Brasil, 2016; Florianópolis, 2016.

2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS MAIS COMUNS

Quadro 5 - Principais diagnósticos de enfermagem para disfunções sexuais mais comuns

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CIPE	<ul style="list-style-type: none">● Ansiedade● Autoimagem, negativa;● Baixa autoestima;● Comportamento Sexual, eficaz/Prejudicado;● Comportamento, compulsivo;● Crença Cultural, Conflituosa;● Crença Religiosa, Conflituosa;● Desconforto;● Desempenho Sexual , Eficaz/Prejudicado;● Dispareunia;● Dor (Grau)● Falta de Confiança;● Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual;● Risco de Baixa autoestima, Situacional;● Tabu;● Trauma do estupro;● Vitima de Agressão Sexual(ou estupro).

Fonte: COREN RS, 2022

2.3.1 DISPAREUNIA

Definição: Dor à penetração, tendo como principais causas dor referida ao início da penetração- ausência de lubrificação adequada por déficit de estrogênio (comum na menopausa, no pós-parto ou com uso prolongado de anovulatórios com baixa dose de estrogênio e/ou altas doses de progesterona), falta de estímulo que leve à excitação (preliminares que não respeitem o tempo e preferências da mulher) e vaginoses ou dor na penetração profunda vinculada a posição sexual, quando persistente, relacionada a origem patológica ou infecciosa (colpíte, cervicite, câncer de colo, outra patologia ginecológica) (COREN RS, 2022).

Intervenções:

- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;
- Investigar se ela é no início da penetração ou durante a penetração profunda. Em caso de dispareunia no início da penetração, recomendar uso de lubrificante vaginal aquoso para todas as mulheres. O uso de lubrificantes não aquosos está contraindicado, em qualquer situação, por causar danos ao preservativo e/ou alteração no pH vaginal;
- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever Estriol* creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, um aplicador à noite via vaginal por 21 dias e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;
- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infecciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;

- Para dispareunia situacional, em que se descartou origem patológica, orientar evitar as posições sexuais que lhe causam dor ou assumi-las de modo consciente, reconhecendo que a dor não constitui sinal patognomônico e sim, relacionada à sua estática uterina (posição anatômica do útero e do colo);

- Abordar possíveis causas psicogênicas associadas, como aspectos relacionados ao seu padrão de sexualidade, a sentimento de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus. Em caso de persistência dos sintomas, encaminhar para consulta médica (COREN RS, 2022).

*Observação: Estriol é contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

2.3.2 VAGINISMO

Definição: Contração involuntária da musculatura da vagina que interfere na penetração, impedindo a relação sexual e podendo comprometer a sexualidade e relações interpessoais. Etiologia não bem esclarecida, embora comumente associada a fatores psicossociais e afetivos, como questões culturais, religiosas ou mesmo secundárias a vivências sexuais traumáticas. Pode ser secundário a causas físicas: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, infecções sexualmente transmissíveis (COREN RS, 2022).

Intervenções

- Realizar anamnese detalhada com vistas a identificar história da queixa e possíveis causas;

- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto dessa disfunção na vida da mulher;

- Discutir o caso em equipe multiprofissional para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e apoio psicológico, quando necessário;

- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infeciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;

- Encaminhar para consulta médica em caso de suspeita ou confirmação de causa orgânica que necessite de tratamento na Atenção Especializada (COREN RS, 2022).

2.3.3 ANORGASMIA

Definição: Transtorno orgástico feminino, chamado erroneamente de frigidez, que consiste na impossibilidade de a mulher obter orgasmo, mesmo que sinta desejo e excitação. As principais causas são: desconhecimento, falta de reconhecimento do próprio corpo e de seu padrão de sexualidade, dispareunia, traumas relacionados à criação e/ou violência contra a mulher; fatores psicogênicos: sentimentos de culpa, inadequação sexual, tabus e repressão sexual, incontinência urinária ou uso de medicamentos que podem associar-se à inibição orgásmica: metildopa, clonidina, fluoxetina, diazepam, alprazolam, clomipramina, imipramina, etc. (COREN RS, 2022).

Intervenções

- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária (a mulher nunca experimentou o orgasmo ao longo da vida), secundária (mulheres que



tiveram orgasmos anteriores, mas apresentam disfunção orgásmica atual) ou situacional (quando a mulher tem orgasmo por meio da masturbação, mas não durante o ato sexual em parceria, por exemplo);

- Investigar o referencial de orgasmo da mulher, questionando-a sobre o que é o orgasmo para ela e quais reações corporais ele provoca ou deveria provocar a partir de sua concepção de sexualidade;
- Esclarecer que muitas mulheres têm orgasmo e não sabem identificá-lo, contrastando, quando necessário, o referencial de orgasmo da mulher com o estereotipado pela mídia, pelo que ela possa ter aprendido em livros, ou ainda, comparado ao padrão de outras mulheres;
- Se confirmada a anorgasmia, realizar educação em saúde sobre anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da resposta sexual humana, utilizando sempre que possível recursos audiovisuais e recomendar exercícios de auto erotização/masturbação como tratamento de primeira linha;
- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da auto erotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e/ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência). Abordar possíveis sentimento de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;
- Abordar questões relacionadas à não obrigatoriedade do orgasmo, como a cobrança sobre si e a parceria sexual. Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;
- Promover reflexão sobre dinâmica familiar /relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal. Dialogar sobre possibilidades de a mulher e/ou casal ampliar o repertório sexual (fantasias sexuais, uso de dispositivos estimuladores, mudanças de local e posições ao ato sexual, entre outros);
- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher; - Em caso de anorgasmia relacionada ao uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica; - Em caso de incontinência urinária, encaminhar para setor de estomaterapia; - Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança (COREN RS, 2022).

2.3.4 INADEQUAÇÃO SEXUAL

Definição: Trata-se do ritmo de atividade sexual e/ou desejo sexual dissonante com a das parcerias sexuais. As principais causas podem ser: falta de autoconhecimento e/ou de conhecimento das parcerias sobre anatomia e zonas erógenas (principalmente a feminina); falta de sintonia entre as parcerias sexuais; fatores hormonais: hipo ou hipertireoidismo, climatério, menopausa; uso de medicamentos: antidopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes; traumas, crenças e tabus (COREN RS, 2022).

Intervenções

- Descartar todas as prováveis causas relacionadas às outras disfunções sexuais. Afastada a possibilidade de outras disfunções, abordar o significado da sexualidade para a mulher, incluindo sua relação com a subjetivação e o reconhecimento do próprio corpo;
- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da auto erotização e masturbação;



- Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;
- Quando pertinente, abordar o casal, esclarecendo sobre anatomia e resposta sexual feminina, demonstrando através de recursos audiovisuais as diferenças entre os sexos, assim como buscando desmistificar crenças e tabus que interferem no exercício pleno da sexualidade;
- Promover reflexão sobre dinâmica familiar/relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;
- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher. Em caso de inadequação sexual secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica e manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança (COREN RS, 2022).

2.3.5 COMPORTAMENTO SEXUAL COMPULSIVO

Definição: Padrão persistente de falha em controlar impulsos ou impulsos sexuais repetitivos e intensos, por 6 meses ou mais, que causa sofrimento acentuado ou prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa, família ou comunidade. As principais causas são: transtorno mental de origem neurobiológica, categorizado como “desordem” de controle de impulsos e exacerbação do transtorno como evento adverso pelo uso de medicamentos agonistas de dopamina (COREN RS, 2022).

Intervenções

- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto desse transtorno na vida da mulher, família ou comunidade;
- Explorar motivação da mulher para mudança de comportamento, conforme momento de vida;
- Avaliar demais sinais de sofrimento psíquico e transtornos associados;
- Abordar planejamento reprodutivo e atentar para vulnerabilidade às IST's;
- Discutir o caso em equipe multiprofissional para construção de PTS, se necessário encaminhar para consulta médica;
- Manter coordenação do cuidado, reforçando o vínculo e confiança (COREN RS, 2022).

2.3.6 FRIGIDEZ

Definição: Falta de desejo sexual ou desejo sexual hipoativo. As principais causas são: fatores hormonais: baixos níveis de dopamina e /ou altos níveis de serotonina, hipo ou hipertireoidismo, hiperprolactinemia, baixo nível de testosterona; Uso de medicamentos: antidopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes; Fatores psicobiológicos: educação sexual inadequada, repressão sexual, tabus e crenças, vivências destrutivas, rotinização do ato sexual, inadequação sexual, dispareunia e anorgasmia (COREN RS, 2022).

Intervenções

- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;
- Abordar e manejar queixa de dispareunia, se presente;



- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da auto erotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e / ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);
- Abordar possíveis sentimento de culpa, vergonha, repressão sexual, assim como traumas, crenças limitantes e tabus;
- Promover reflexão sobre dinâmica familiar / relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;
- Dialogar possibilidades da mulher e/ou casal ampliar o repertório sexual (fantasias sexuais, uso de dispositivos estimuladores, mudanças de local e posições ao ato sexual, entre outros);
- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher; - Em caso de suspeita ou confirmação de frigidez secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica. Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança (COREN RS, 2022).

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

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

3.1 PRECONCEPÇÃO

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

Quadro 6 - Condutas de enfermagem no período pré concepcional

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

Fonte: COREN SC, 2017

Quadro 7 - Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo (A)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE
<p>Pode ocorrer de maneira individual ou coletiva, proporcionando questionamento e reflexão sobre os temas: escolha do método contraceptivo mais adequado, direitos sexuais e reprodutivos, sexo seguro, papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, exposição a riscos, dentre outros. Essas ações devem se desenvolver em caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo. Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordam temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis e prevenção das mesmas. Orientar e oferecer preservativos. Realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima, qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados.</p>
ACOLHIMENTO
<p>Acolhimento com escuta qualificada com vistas à melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, à humanização das relações, à operacionalização de uma clínica ampliada que implique na abordagem integral do usuário, para além da doença e suas queixas, bem como promover a autonomia e o protagonismo das mulheres no processo de produção de saúde. Atentar para oportunidades de busca ativa e realização de ações de rastreamento e promoção da saúde.</p>
AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MULHER
<p>Objetiva verificar as indicações clínicas e limitações de cada usuária, ponderando os riscos e benefícios. A primeira consulta deve, necessariamente, incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">● Anamnese:<ul style="list-style-type: none">- Avaliar antecedentes obstétricos e comorbidades (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas)- Ver categorias da Organização Mundial da Saúde (OMS) de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher;- Uso de medicamentos, álcool, tabaco ou substâncias psicoativas;- Investigar presença de queixas ginecológicas, como dispareunia e sangramento uterino anormal (consultar capítulo sobre Assistência de enfermagem nas queixas ginecológicas mais comuns), principalmente se há intenção de uso do dispositivo intrauterino (DIU);- Abordar as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal e/ou do casal;- Avaliar o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais;- Identificar a data da última coleta do citopatológico de colo uterino e mamografia, bem como o resultado de ambos.● Exame físico geral:<ul style="list-style-type: none">- Sinais vitais, dados antropométricos: peso e altura (para cálculo de índice de massa corporal - IMC);- Exame clínico das mamas, se indicado (conforme capítulo sobre assistência de enfermagem na prevenção e rastreamento do câncer de mama);- Exame ginecológico e coleta de citopatológico, se indicado (conforme capítulo sobre assistência de enfermagem na prevenção e rastreamento do câncer de colo uterino);- Ressalta-se a importância da anamnese e exame físico da parceria, quando houver. O preservativo interno ou externo, deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional.

Quadro 7 - Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo (B)

ABORDAGEM DE JOVENS E ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none">- Respeitar o sigilo inerente à abordagem em saúde;- Orientar sobre os métodos de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção;- Abordar as necessidades de jovens e adolescentes em educação sexual e planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de incapacidade daqueles;- Durante a consulta de enfermagem o (a) adolescente tem direito à privacidade e preservação do sigilo com atendimento em espaço reservado, garantia da confidencialidade, assegurando que não será mencionado aos pais e/ou responsáveis sobre o que foi discutido, sem o consentimento informado deste adolescente. Para mais detalhamentos acesse o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e Adolescente do COREN-RS ou a NOTA TÉCNICA SES/RS N.º: 01/2018 Adolescentes e o direito de acesso à saúde.

Fonte: COREN- SP, 2019; RIO GRANDE DO SUL, 2018.

3.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DA MULHER E OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O enfermeiro deverá auxiliar a paciente na escolha do método contraceptivo, considerando suas particularidades, tais como, idade, doenças associadas, tabagismo, estilo de vida e perfil sociocultural, uma vez que há contra indicações relativas e absolutas para cada método (COREN-RS, 2022).

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 (COREN-RS, 2022).

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 (COREN-RS, 2022).

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS :

Quadro 8 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

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



Categoria 4	O risco do uso do método é inaceitável nesta condição. Não prescrever.
--------------------	--

Fonte:WHO 2024



Quadro 9 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos conforme tipo de método escolhido e orientação ao enfermeiro (A)

CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE CONFORME O TIPO DE MÉTODO ESCOLHIDO E ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO					
Condição Atual	Pílula Combinada	Injetável Combinado (Mensal)	Injetável com Progestágeno (Trimestral)	DIU de Cobre	Minipílula*
Idade < 40 anos	1	1	1	1 2 (se < de 20 anos de idade)	1
Idade ≥ 40 anos	2	2	2	1	1
Amamentação - menos de 6 semanas após o parto	4	4	3	1**	3
Amamentação - entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	3	1	1	1
Amamentação - mais de 6 meses após o parto	2***	2	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1
IST (exceto Hepatites e HIV)	1	1	1	A4 B2	1
Tabagismo em mulheres < 35 anos	2	2	1	1	1
Tabagismo em mulheres > 35 anos	3 ou 4	3 ou 4	1	1	1
HAS controlada	3	3	2	1	1
HAS (PAS >160 e PAD ≥ 100 mmHg)	4	4	3	1	2

HAS + Doença Cardiovascular	4	4	3	1	2
------------------------------------	---	---	---	---	---

Quadro 9 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos conforme tipo de método escolhido e orientação ao enfermeiro (B)

CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE CONFORME O TIPO DE MÉTODO ESCOLHIDO E ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO					
Condição Atual	Pílula Combinada	Injetável Combinado (Mensal)	Injetável com Progestágeno (Trimestral)	DIU de Cobre	Minipílula*
TEP/TVP atual ou recente	4	4	3	1	3
Histórico de TEP/TVP (com ou sem uso de anticoagulante oral)	4	4	2	1	2
Infarto ou AVC	4	4	3	1	2 - introdução do método 3- manutenção do método
Dislipidemias	2 ou 3	2 ou 3	2	1	2
DM há mais de 20 anos ou Complicações Vasculares	3 ou 4	3 ou 4	3	1	2
Enxaqueca sem Aura < 35 anos	2 - introdução do método 3 - manutenção do método	2 - introdução 3 - manutenção	2	1	1 - introdução 2 - manutenção
Enxaqueca sem Aura	3 - introdução do	3 - introdução	2 - introdução	1	2 - introdução



≥ 35 anos	método 4 - manutenção do método	4 - manutenção	3 - manutenção		3 - manutenção
Enxaqueca com Aura	4	4	2 - introdução do método 3 - manutenção do método	1	2 - introdução 3 - manutenção
CA de mama atual ou passado	4	4	4	1	4
Uso de anticonvulsivantes****	3	2	1	1	3

Quadro 9 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos conforme tipo de método escolhido e orientação ao enfermeiro (C)

CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE CONFORME O TIPO DE MÉTODO ESCOLHIDO E ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO					
Condição Atual	Pílula Combinada	Injetável Combinado (Mensal)	Injetável com Progestágeno (Trimestral)	DIU de Cobre	Minipílula*
Uso de TARV/HIV	2****	2****	2****	1	2
Uso de Rifampicina/Rifabutina	3	2	2	1	3

Fonte: Brasil, 2016; COREN-RS, 2022.

Notas:

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

** O Diu de cobre é categoria 1 se for introduzido em menos de 48h após parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal, ou se for introduzido 4 semanas após o parto. Demais casos, a indicação é exclusiva do médico.



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

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

*****Para mulheres em uso de TARV, a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. 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 - Categoria 4 para colocação de Diu de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, Clamídia ou Gonorreia. Pode ser inserido após o tratamento completo e sem sintomas de Cervicite Purulenta, Clamídia ou Gonorréia. Para DIP inserir após 12 semanas do término do tratamento.

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

* Em situação de gravidez ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nos casos em que forem usados acidentalmente anticoncepcional oral combinado (AOC) e injetável combinado mensal durante a gravidez. Quanto ao progestágeno oral ou injetável trimestral, ainda não está definida a relação entre o uso na gravidez e os efeitos sobre o feto.

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede básica estão divididos em reversíveis: comportamentais, hormonais e de barreira e os irreversíveis ou cirúrgicos: vasectomia e laqueadura tubária.

3.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

3.3.1 MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

São técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. O êxito dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Em geral, os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro e habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso. O período fértil compreende o tempo de viabilidade do espermatozoide (cinco dias) e o tempo que o óvulo permanece vivo (24 horas), sendo, portanto, de seis dias em cada ciclo menstrual. No entanto, não existe uma determinação precisa deste período, que é variável para cada mulher e, mesmo na própria mulher, em cada um de seus ciclos. Os métodos comportamentais não possuem efeitos colaterais, nem riscos à saúde, além de não apresentarem demora no retorno da fertilidade após a interrupção de uso, contudo, nenhum desses impede a contaminação por ISTs (COREN RS,2022).



Quadro 10 - Métodos comportamentais (A)

MÉTODO	DESCRIÇÃO	INSTRUÇÕES
Tabela Ogino-Knaus	Cálculo dos dias em que provavelmente a mulher estará mais apta a engravidar, caso tenha relações sexuais desprotegidas. O cálculo do período fértil da mulher é realizado através de seu histórico menstrual, avaliando pelo menos seus últimos 6 meses.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a duração (em dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo); 2. Verificar o ciclo mais curto e o mais longo (exemplo, 25 e 34 dias, respectivamente); 3. Calcular a diferença entre eles (neste exemplo, 9 dias). <p><u>Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar este método:</u></p> <p>Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira: Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil. Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil. No exemplo: Início do período fértil = 25 - 18 = 7º dia. Fim do período fértil = 34 - 11 = 23º dia. No exemplo, o período fértil determinado foi do 7º ao 23º dia do ciclo, com uma duração de 17 dias. Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil (no exemplo acima, do 7º ao 23º dia).</p>

Quadro 10 - Métodos comportamentais (B)

MÉTODO	DESCRIÇÃO	INSTRUÇÕES
Muco cervical ou billings	Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.	<p>Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso, mediante sensação de secura ou umidade da vulva. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil. Analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia.</p> <p>À medida que se aproxima o dia da ovulação, o muco cervical vai ficando parecido com a clara de ovo, elástico, transparente e escorregadio e a vagina vai ficando mais úmida,</p>

		facilitando a entrada dos espermatozoides no útero. O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal nos dias em que o muco cervical estiver parecido com a clara de ovo até o quarto dia após o muco ter desaparecido. Após a ovulação, o muco perde a elasticidade e diminui em quantidade.
Método da lactação e amenorreia (LAM)	<p>Consiste na manutenção da amamentação exclusiva por até 6 meses após o parto com amenorreia.</p> <p>Fundamenta-se na hiperprolactinemia existente em resposta ao estímulo da sucção durante a amamentação e, conseqüentemente, níveis de FSH e de LH (hormônio luteinizante) insuficientes para estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos.</p>	<p>A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende da sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o conseqüente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise. Condições presentes para que a LAM seja eficaz como método contraceptivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. o bebê possuir até 6 meses de vida; 2. a nutriz estar em completa amenorreia; 3. o aleitamento materno deve ser exclusivo, ou seja, na hora em que o bebê quiser, sem chás, sucos ou água. <p>A ausência de um destes critérios descaracteriza a LAM como método contraceptivo.</p> <p>Eficácia: é um método de alta eficácia, sendo o índice de falha de 0,5 a 2% em seis meses. No entanto, a eficácia depende da usuária: em uso rotineiro, ocorre maior risco de gravidez (2%) e quando usado de forma correta, ocorre menos de 1% de gravidez.</p>
<p>Atenção: os métodos comportamentais não são indicados para mulheres que apresentem longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, assim como para adolescentes, nos períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e na perimenopausa, ou seja, nas situações em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade. Esses métodos também não estão indicados nos casos em que a gravidez constitui risco de vida.</p>		

Fonte: COREN RS, 2022.

3.3.2 MÉTODOS HORMONAIIS

Os anticoncepcionais hormonais possuem duas formas de administração:

- Os de uso oral, classificam-se em pílulas combinadas (que contêm estrogênio + progesterona), as minipílulas (que contêm só progesterona), além da contracepção de emergência, que é uma alternativa de caráter excepcional;



- Os injetáveis, que contém progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração IM, com doses hormonais de longa duração, de administração mensal ou trimestral (COREN-RS, 2022).

Quadro 11 - Métodos hormonais

TIPO / APRESENTAÇÕES	INSTRUÇÕES PARA O USO	ORIENTAÇÕES	EFEITOS ADVERSOS
<p>Anticoncepcional Oral Combinado - AOC</p> <p>Etinilestradiol/ desogestrel 0,03/0,15 mg OU Etinilestradiol/ gestodeno 0,02/0,075 mg OU Etinilestradiol /levonorgestrel 0,03/0,15</p>	<p>Uso: ingerir um comprimido ao dia, sempre no mesmo horário, por 21 dias. Após, dar pausa de 7 dias e iniciar nova cartela no 8º dia.</p> <p>Início do método: Mulher com ciclos menstruais: preferencialmente no 1º dia do ciclo menstrual, podendo ser administrado até o 5º dia (mantendo o uso de preservativo por 7 dias após início do método).</p> <p>Pós-parto, não amamentando: iniciar o uso de AOC após 21 dias do parto, com teste rápido de gravidez negativo.</p> <p>Pós-parto, amamentando: iniciar o uso de AOC após o sexto mês, excluindo-se uma possível gravidez, independentemente do retorno da menstruação.</p> <p>Pós-aborto: iniciar nos primeiros 7 dias após ou a qualquer momento, desde que excluída a possibilidade de gestação.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%</p>	<p>O retorno à fertilidade ocorre em torno de 4 a 5 ciclos após a interrupção do AOC.</p> <p>Em caso de esquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Até 24 horas</u>, ingerir o comprimido imediatamente, utilizando o seguinte no horário regular. - <u>Após 24 horas</u>, ingerir dois comprimidos no horário regular e continuar o uso diário. - Se houver o esquecimento de mais de dois comprimidos, utilizar preservativo durante sete dias e continuar o uso diário da forma habitual. - Mais de um episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da mesma. <p>Pílulas extras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se a paciente tomar duas pílulas em um dia por engano, ela deve retomar seu horário normal de tomar uma pílula diariamente no dia seguinte. A cartela vai terminar um dia antes. <p>Episódios de vômitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se ocorrer vômitos até 2 horas após a ingestão do comprimido, utiliza-se outro comprimido assim que possível (de outra cartela), retomando o uso habitual até o 	<p>Náuseas; Cefaleia; Sangramento irregular; Acne; Mastalgia.</p>



		<p>término da cartela. - Em casos graves de diarreias ou vômitos que perduram por mais de 24 horas, utiliza-se o AOC acrescido do uso de preservativos durante uma semana após a resolução do quadro.</p> <p>- Sinais de alerta: dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros, cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula, perda momentânea da visão, escotomas e icterícia. Na presença destes encaminhar para avaliação médica.</p> <p>Interações medicamentosas: Os medicamentos que podem <u>reduzir a eficácia do contraceptivo hormonal</u>, são: Fenobarbital, Fenitoína, Griseofulvina, rifampicina (único antibiótico comprovado para diminuir a eficácia dos AOC), carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, felbamato ou oxcarbamazepina.</p>	
<p>Anticoncepcional Oral de progestogênio isolado- Minipílula Noretisterona 0,35 mg</p>	<p>Uso: ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário. Não deixar ultrapassar mais de três horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por dois dias. Não há pausa entre as cartelas, mesmo durante eventual sangramento tipo menstruação.</p> <p>Início do método: <u>Pós- parto, não amamentando:</u> se a menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento. Não é um método muito eficaz para mulheres que</p>	<p>A utilização da minipílula não prejudica a quantidade e a qualidade do leite materno.</p> <p>Em caso de esquecimento: atraso da ingestão de uma pílula em três horas ou mais ou esquecer completamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingerir uma pílula assim que possível, continuando a tomada diária seguinte e associar outra proteção contraceptiva por dois dias. - Se a mulher estiver em amenorreia ou amamentando (com menos de seis meses após o parto), tomar uma pílula assim que possível e continuar o uso diário. 	<p>Alterações no fluxo menstrual desde amenorreia até sangramento frequente, irregular, ocasional ou prolongado; Cefaleia; Náuseas; Sensibilidade mamária.</p>

	<p>não estão amamentando.</p> <p><u>Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não)</u>: somente após 6 semanas do parto, desde que haja certeza de que não está grávida, associando a outra proteção contraceptiva por sete dias.</p> <p><u>Pós- aborto</u>: iniciar até sete dias após o aborto. Se ultrapassar este período, iniciar desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.</p> <p><u>Mulher tem amenorréia</u>: se não estiver grávida, iniciar a qualquer momento utilizando outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p><u>Mulher com ciclos menstruais</u>: iniciar até cinco dias após o início da menstruação. Também pode ser iniciado em qualquer fase do ciclo, havendo certeza de não estar grávida. Utilizar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%</p>	<p><u>Episódios de vômitos</u>: Se ocorrer até duas horas após a ingestão do comprimido, deverá ingerir outra pílula da cartela assim que possível, continuar o uso diário e associar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p><u>Interações medicamentosas</u> Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do método são fenitoína, carbamazepina, topiramato, e barbitúricos, além dos medicamentos rifampicina e rifabutina.</p>	
<p>Contraceção de Emergência Levonorgestrel 0,75 mg Método Yuzpe (casos especiais)</p>	<p><u>Levonorgestrel 0,75 mg</u>: ingerir preferencialmente nas primeiras 72 horas. não ultrapassar cinco dias: - dose de 1,5 mg em dose única, via oral (2 comprimidos juntos);</p> <p><u>OU</u></p> <p>- 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas, via oral (total de 2 comprimidos). Caso a mulher esteja</p>	<p>Indicado emergencialmente para prevenção da gestação quando houver relação sexual desprotegida, sem uso de métodos contraceptivos, em relações em que há falha conhecida ou presumida pelo uso inadequado do método ou em casos de violência sexual.</p> <p>A contraceção de emergência não deverá</p>	<p>Náuseas; Vômitos; Vertigem; Cefaléia; Mastalgia; geralmente estes eventos apresentam remissão espontânea nas primeiras 24 horas após a tomada do contraceptivo.</p>



	<p>inconsciente (como nos casos de violência), o comprimido poderá ser utilizado por via vaginal.</p> <p>Método Yuzpe: Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol 0,15 e levonorgestrel 0,03 mg (como o Ciclo 21): Dose total de 8 cp divididos em 4 comprimidos a cada 12 horas .</p> <p>Utilizar este método somente em situações especiais, onde o levonorgestrel estiver indisponível</p>	<p>substituir as medidas de planejamento reprodutivo, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente deste método compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição, além disso, poderão ocorrer graves danos à saúde. Não é um método abortivo, pois não interrompe uma gestação estabelecida. Se episódios de vômitos ocorrerem em até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após o uso de um antiemético e de uma refeição leve. Uma vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais, diferentemente do método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia do método.</p>	
<p>Injetável combinado mensal</p> <p>Enantato de norestisterona + Valerato de Estradiol 50/5 mg</p>	<p>Uso: preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual ou a qualquer momento, desde que não esteja grávida.</p> <p>Doses seguintes: independentemente do padrão do ciclo, em intervalos de quatro semanas(trinta dias);</p> <p>Início do método:</p> <p>Pós- parto, não amamentando: iniciar a qualquer momento a partir do 21º dia do parto, excluía a possibilidade de gravidez.</p>	<p>Não necessita de pausa entre as aplicações.</p> <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Até 7 dias:</u> aplicar nova injeção; - <u>Acima de 7 dias:</u> descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos 7 dias subseqüentes. <p>Se houver descontinuidade do método, deve-se evitar relações sexuais desprotegidas ou utilizar métodos adicionais não hormonais. Contraindicar métodos de tabelinha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações no padrão da menstruação (menstruação irregular, ocasional, prolongada ou ausente; - Fluxo com menor intensidade ou menos dias); -Aumento de peso; -Cefaleia comum ou enxaqueca;



	<p><u>Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não)</u>: iniciar na sexta semana após o parto ou quando a amamentação não for mais exclusiva - o que ocorrer primeiro.</p> <p><u>Pós- aborto</u>: imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%</p>	<p>(Ogino-knaus) ou da temperatura, pois o injetável mensal modifica as variações de temperatura e do muco cervical que ocorrem durante o ciclo menstrual normal.</p>	<p>-Sensibilidade mamária.</p> <p>Sinais de alerta: dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros; cefaleia intensa que inicia ou piora após o uso do método; perda breve da visão; escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague; icterícia.</p>
<p>Injetável de progestogênio trimestral</p> <p>Acetato de medroxiprogesterona 150 mg</p>	<p>Uso: nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual.</p> <p>Doses seguintes: intervalos de 12 semanas ou noventa dias.</p> <p>Início do método:</p> <p><u>Pós-parto, não amamentando:</u> se menos de quatro semanas, iniciar imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Se mais de quatro semanas, iniciar a qualquer momento, excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio por 7 dias.</p> <p><u>Pós-parto, amamentando (exclusivo ou não):</u> se não houver retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento desde que não esteja grávida, com método de apoio por 7 dias.</p>	<p>O restabelecimento da fertilidade é gradual e pode apresentar alguma demora.</p> <p>Em caso de atraso:</p> <p>- Até 2 semanas: aplicar nova injeção;</p> <p>- Acima de 2 semanas: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos próximos 7 dias.</p>	<p>-Alterações de humor ou no desejo sexual;</p> <p>-Amenorreia ou sangramento menstrual irregular;</p> <p>-Sensibilidade mamária; -Ganho de peso;</p> <p>-Depressão;</p> <p>-Acne;</p> <p>-Cefaleia</p>

	<p><u>Pós-aborto:</u> imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%</p>		
<p>*Implanon NXT®25 68 mg de etonogestrel</p> 	<p><u>Indicação de uso:</u> Prevenção da gravidez não planejada em mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,1%</p>	<p>O princípio ativo é liberado durante o período de três anos.</p> <p>Caso o implante não seja palpável após a inserção, recomenda-se a utilização de um método anticoncepcional não hormonal até que seja confirmada a presença do implante contraceptivo.</p> <p><u>Contraindicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distúrbio tromboembólico venoso ativo; - Presença ou histórico de tumor hepático, benigno ou maligno; - Presença ou histórico de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal; - Presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteroide sexual; - Sangramento vaginal não diagnosticado; - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de IMPLANON NXT®; - Uso durante a gravidez ou em caso de suspeita. 	<p><u>Podem ocorrer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudanças no padrão de sangramento menstrual, ou na duração; - Infecção vaginal, cefaleia, acne, sensibilidade e/ou dor mamária e aumento de peso; - Complicações no local do implante, como: eritema, hematoma, equimose, dor e edema

Fonte: COREN-RS, 2022

*Conforme Parecer do CONSELHEIRO FEDERAL N.º 277/2017/COFEN, o Enfermeiro possui competências técnicas, e poderá adquirir habilidades, se for capacitado, para a inserção e remoção de implantes subdérmicos, dentre eles o Implanon®. O parecer do COFEN poderá ser utilizado como embasamento pela instituição de saúde (COFEN, 2017b).



3.3.3 MÉTODOS DE BARREIRA

São assim denominados por impor obstáculos à ascensão dos espermatozoides na cavidade uterina, impedindo a fecundação, sendo classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista (FINOTTI, 2015). Preservativos internos e externos, diafragma, espermicidas e DIU de cobre são os métodos disponíveis, no entanto, os preservativos são os únicos métodos que protegem contra a transmissão de ISTs (BRASIL, 2016).

Quadro 12 - Métodos de barreira

TIPO / APRESENTAÇÕES	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES	OBSERVAÇÕES
Preservativo Externo	Invólucro para o pênis, de material fino e elástico, composto de látex e lubrificado. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 13%	Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade. Devem ser utilizados apenas lubrificantes à base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex. Em caso de ruptura: iniciar contracepção de emergência, conforme descrito neste protocolo e profilaxia contra ISTs, conforme descrito no PCDT-IST.	Fatores de risco para ruptura ou escape: - Más condições de armazenamento; - Embalagem danificada; - Não observação do prazo de validade; - Lubrificação vaginal e/ou anal insuficiente; - Uso de lubrificantes oleosos; - Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo; - Tamanho inadequado do preservativo em relação ao pênis; - Perda de ereção durante o ato sexual; - Retirar o pênis da vagina sem que se segure a base do preservativo; - Não retirar o pênis



			<p>imediatamente após a ejaculação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de dois preservativos simultaneamente.
Preservativo Interno	<p>Consiste num tubo de poliuretano ou látex, lubrificado. O de poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 21%</p>	<p>Deve ser colocado em qualquer momento, anteriormente à penetração e retirado com cuidado após o término da relação;</p> <p>Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade.</p> <p>O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser utilizados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O anel externo do preservativo feminino pode deslizar dentro da vagina. Se isso acontecer basta o homem retirar o pênis, colocar o mesmo preservativo de maneira correta e reintroduzir o pênis. - Não é necessário usar novo preservativo; - Durante a penetração, o preservativo pode provocar um pequeno ruído. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos; - Não deve ser utilizado junto com o preservativo Externo porque o atrito aumenta o risco de rompimento.
Diafragma	<p>Anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozóides. O prazo de</p>	<p>O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Se utilizado continuamente é aconselhável retirá-lo uma vez ao dia, lavá-lo (desde que ao menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O uso frequente de espermicida associado ao diafragma pode causar irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção por IST.



	<p>validade do diafragma é, em média, de cinco anos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 17%</p>	<p>retirado, evitando a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital. Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação. Urinar e lavar as mãos antes de colocá-lo. Antes de cada uso, examiná-lo cuidadosamente contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.</p>	<p>- Na detecção de IST, deve-se suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova IST.</p> <p><u>Contraindicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto risco para IST ou portadoras de HIV/AIDS; - Infecções urinárias e candidíase de repetição; - Alergia ao látex. Não se aplica ao diafragma de plástico; - História de síndrome do choque tóxico; - Prolapsos genitais; - Antes de seis meses após o parto
--	--	--	---

Fonte: COREN-RS, 2022

3.3.4 DISPOSITIVO INTRA UTERINO - DIU DE COBRE

Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCu 380A) destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível, não hormonal e geralmente bem tolerado pela maioria das mulheres. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura (COREN, 2022).

O enfermeiro possui amparo legal para realizar a consulta, prescrição, inserção e retirada do DIU, desde que esteja devidamente capacitado para execução desta técnica e cumprindo o disposto na Resolução COFEN n.º 736/2024 e na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, conforme parecer COFEN n.º 278/2017 e n.º 04/2019. Ainda cabe destacar a Resolução COFEN n.º 690/2022, a qual normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo (COFEN, 2017c).



Quadro 13 – Orientação sobre Dispositivo Intra Uterino (DIU)

TIPO / APRESENTAÇÕES	QUANDO INDICAR	INÍCIO DO MÉTODO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS
<p>Dispositivo intrauterino de cobre - DIU Tcu-380 A</p>	<p>- A inserção do DIU pode ocorrer na consulta de enfermagem para toda e qualquer mulher que preencha os critérios de elegibilidade, independentemente se adolescente ou adulta, e manifeste o desejo; - Mulheres com risco de contrair ou infectadas por HIV ou que tenham AIDS em terapia antirretroviral (TARV) e estejam clinicamente estáveis podem colocar o DIU com segurança; - As usuárias com AIDS devem ser reavaliadas na unidade básica sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento (monitorização para doença inflamatória pélvica). Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,6 a 0,8%.</p>	<p>- Se apresenta ciclos menstruais: a qualquer momento do mês. - Se passados mais de 12 dias do início da menstruação, poderá colocar o DIU a qualquer momento, desde que se exclua a possibilidade de gravidez. - Não há necessidade de método de apoio; - Se está mudando de outro método: a qualquer momento, se o uso do outro método for regular e correto ou ainda se houver certeza razoável de que não está grávida. - Não há necessidade de método de apoio; após contracepção de emergência: pode ser inserido imediatamente; - Após o parto***: até 48 horas, desde que não haja infecção puerperal. - Se já se passaram mais de 48 horas após o parto, aguardar a inserção por quatro semanas ou mais; após quatro semanas</p>	<p>- No caso de inserção do DIU fora do período menstrual é recomendada a realização do teste rápido de gravidez antes da inserção, para excluir a possibilidade de gestação. - Consultas de revisão: entre 30 e 45 dias da inserção do dispositivo. Após, realizar consultas de rotina. - O retorno à fertilidade, se dá imediatamente após a remoção do dispositivo. A mulher poderá realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. - Deve ser orientada a usar preservativo interno ou externo durante 7 dias após a colocação, período de adaptação do organismo. - O DIU de cobre pode permanecer no útero por até 10 anos. - Contraindicações para uso do método:</p>	<p>Alterações da menstruação: - ciclos mais intensos e fluxo aumentado nos primeiros meses; - Dor aguda na parte inferior do abdômen ou cólicas; - Possibilidade de anemia; - Expulsão; Reações vasovagais, no momento da inserção, tais como suor, vômito ou desmaios breves ocorrem em, no máximo, 0,5 a 1% das mulheres. - Sinais de alerta: febre, dor pélvica aguda e persistente.</p>



		<p>do parto: poderá colocar o DIU a qualquer momento desde que não esteja grávida.</p> <p>-Se a menstruação tiver retornado, poderá colocar o DIU como indicado para mulheres que apresentem ciclos menstruais;</p> <p>Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente se houver certeza de que não está grávida e não houver infecção.</p> <p>-Não há necessidade de um método de apoio; para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo.</p>	<p>-alergia ao cobre, útero bicornio, septado ou com intensa estenose cervical,</p> <p>-miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial*, -Em vigência de ISTs, tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4,</p> <p>-Infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica**, endometrite, cervicite mucopurulenta, tuberculose pélvica e câncer de colo uterino.</p> <p>-Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nestes casos.</p>	
--	--	--	---	--

Fonte: COREN-RS, 2022

*Somente os miomas que distorcem a cavidade uterina são contraindicados ao método.

** Nas mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP), há pelo menos três meses e adequadamente tratadas, a inserção do DIU pode ser realizada

***A inserção do DIU no pós-parto pode ser discutida com a usuária durante o pré-natal, pois se trata de um momento oportuno para esclarecimentos de dúvidas e sensibilização ao uso do método. Para mais informações acessar o Manual técnico para profissionais de saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A.



3.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS NO USO DE CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS

As manifestações clínicas decorrentes da utilização de contraceptivos devem ser avaliadas visando atingir os objetivos dos métodos aplicados sem maiores prejuízos à saúde individual. Assim, é importante que o enfermeiro identifique as manifestações clínicas que podem ocorrer. O quadro a seguir aborda os cuidados de enfermagem nestas situações (COREN RS, 2022).

Quadro 14 - Diagnósticos de enfermagem para manifestações clínicas mais comuns no uso de contraceptivos reversíveis

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Dor Abdominal; • Cólica Menstrual (grau); • Descarga (ou fluxo) Menstrual excessivo/reduzido; • Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional; • Desconforto; • Enxaqueca; • Dor; • Sensibilidade nas Mamas; • Náusea; • Problema de Peso Corporal; • Humor alterado; • Comportamento Sexual, ineficaz; • Acne; • Risco de integridade da pele prejudicada

Fonte: COREN-RS, 2022

Quadro 15 - Manifestações clínicas mais comuns no uso de contraceptivos reversíveis

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	MÉTODOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Náuseas	Anticoncepcional oral (ACO) Minipílula	Sugerir a tomada noturna do comprimido ou após as refeições. Investigar problemas gastrointestinais.
Cefaleia leve	Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal	No caso de cefaleias leves, recomenda-se utilizar analgésicos e considerar uso estendido ou contínuo da pílula. Prescrever Paracetamol 500 -1000 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias. Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo



Enxaqueca	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal	Com o aparecimento da enxaqueca, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).
Sensibilidade mamária	AOC; Minipílula; Injetável combinado mensal	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Considerar analgésico, prescrever Paracetamol 500 -1000 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
Alterações de peso	AOC Injetável combinado mensal	Não existem evidências de que anticoncepcionais orais possam interferir negativamente no peso. Deve-se identificar a causa do ganho de peso e orientar adequadamente.
Alterações de humor ou desejo sexual	AOC Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral	Se há alteração do humor na semana da pausa da ingestão de hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar mudanças na vida que possam afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de avaliação para atendimento especializado
Acne	AOC	A acne, em geral, melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. Se a acne persistir, encaminhar para avaliação médica para possível troca de fórmula do AOC
Dor aguda na parte inferior do abdome	Minipílula; DIU de cobre; Contracepção de emergência	Ficar atento aos sinais de gravidez ectópica e/ou de DIP, iniciando o tratamento imediatamente, se confirmada a hipótese. Se uso de DIU, não há necessidade de retirá-lo, caso a mulher deseje manter (exceto no diagnóstico de DIP). Caso deseje retirar, realizar após início do tratamento.
Alterações da menstruação: ausência ou sangramento	AOC Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado	É comum sangramento irregular ou ausência no uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando e em uso de injetáveis trimestrais). O sangramento geralmente

irregular	mensal; DIU de cobre	perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Certificar-se que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Na amenorreia, investigar gestação e, caso se confirme, interromper o método
Alterações da menstruação: sangramento irregular em uso de AOC	AOC	Orientar o uso correto e de preferência no mesmo horário. Pode-se prescrever Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas, por até 3 dias. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol, ou se já em uso de AOC com 30-35 mcg de etinilestradiol, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC
Alterações da menstruação: sangramento intenso ou prolongado (volume do fluxo anormal ou duração maior que oito dias)	Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de Cobre	De modo geral, não é prejudicial e perde a intensidade ou cessa após alguns meses; Para evitar anemia, orientar dieta rica em ferro; Se o sintoma persistir ou iniciar após vários meses de menstruação normal, se amenorreia ou suspeita de outros motivos clínicos, deve-se considerar as condições subjacentes não relacionadas ao método; Se em uso de injetável de progestágeno, considerar uso de AOC, ingerindo uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando no primeiro dia da menstruação; Para manejo do sangramento intenso, considerar prescrição de Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h por até 4 dias.
Irritação ao redor da vagina ou pênis	Preservativos (Interno ou externos); espermicida	Verificar se há alergia pelo látex do preservativo externo ou lubrificantes. Considerar a possibilidade de utilizar o preservativo interno, de poliuretano.

Fonte: COREN-RS, 2022.

3.5 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DEFINITIVOS

A esterilização permanente da mulher (laqueadura tubária) ou do homem (vasectomia) são opções para usuários que não desejam ter filhos, com taxas de eficácia superiores a 99%. A tomada de decisões compartilhadas e o aconselhamento centrado no usuário são particularmente importantes na preparação para a esterilização (COREN_RS, 2022). A laqueadura tubária é um método contraceptivo altamente eficaz e não prevê o uso de hormônio. A vasectomia é um procedimento cirúrgico e suas vantagens incluem alta eficácia, procedimento ambulatorial minimamente invasivo, com anestesia local e amplamente disponível. Recomenda-se para ambos os métodos aconselhamento minucioso sobre alternativas reversíveis de longa duração e uso de preservativos, esterilidade permanente e risco de arrependimento (COREN-RS, 2022). Se desejada contracepção permanente e a mulher tiver vida sexual ativa com parceiro masculino único, a opção de vasectomia deve ser abordada, pois apresenta menores taxas de morbidade e mortalidade do que a contracepção permanente feminina. Entretanto, dado o seu perfil de segurança e eficácia, a vasectomia é significativamente subutilizada, visto que apenas 8,2% das mulheres entre 15 e 44 anos se beneficiam da vasectomia para contracepção (COREN-RS, 2022).

Quadro 16 - Síntese de Métodos contraceptivos definitivos

APRESENTAÇÃO	INSTRUÇÕES	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS	CONTRAINDICAÇÃO
<p>Laqueadura tubária (LT)</p> <p>Vasectomia</p>	<p>No Brasil, a esterilização cirúrgica foi regulamentada por meio da Lei n.º 14443/22 e normatizada pela Portaria n. 405 de 8/5/2023, alterando os atributos do procedimento de vasectomia, laqueadura tubária e parto cesárea com laqueadura tubária:</p> <p>Requisitos de elegibilidade:</p> <p>I. em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade, independentemente do número de filhos, desde que observado o prazo</p>	<p>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 todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;</p> <p>Entregar termo de consentimento e realizar a leitura conjunta a fim de</p>	<p>Dor leve no pós-operatório é o sintoma mais comum, devendo ser manejada com orientações gerais e repouso;</p> <p>Para os homens orienta-se evitar carregar peso, por um período inferior a 5 dias;</p> <p>Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica;</p>	<p>LT: problemas clínicos que contraindiquem a cirurgia e/ou anestesia e mulheres que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22 e normatizada pela Portaria n. 405 de 8/5/2023.</p> <p>Vasectomia: homens que não se enquadrem nas condições obrigatórias para</p>

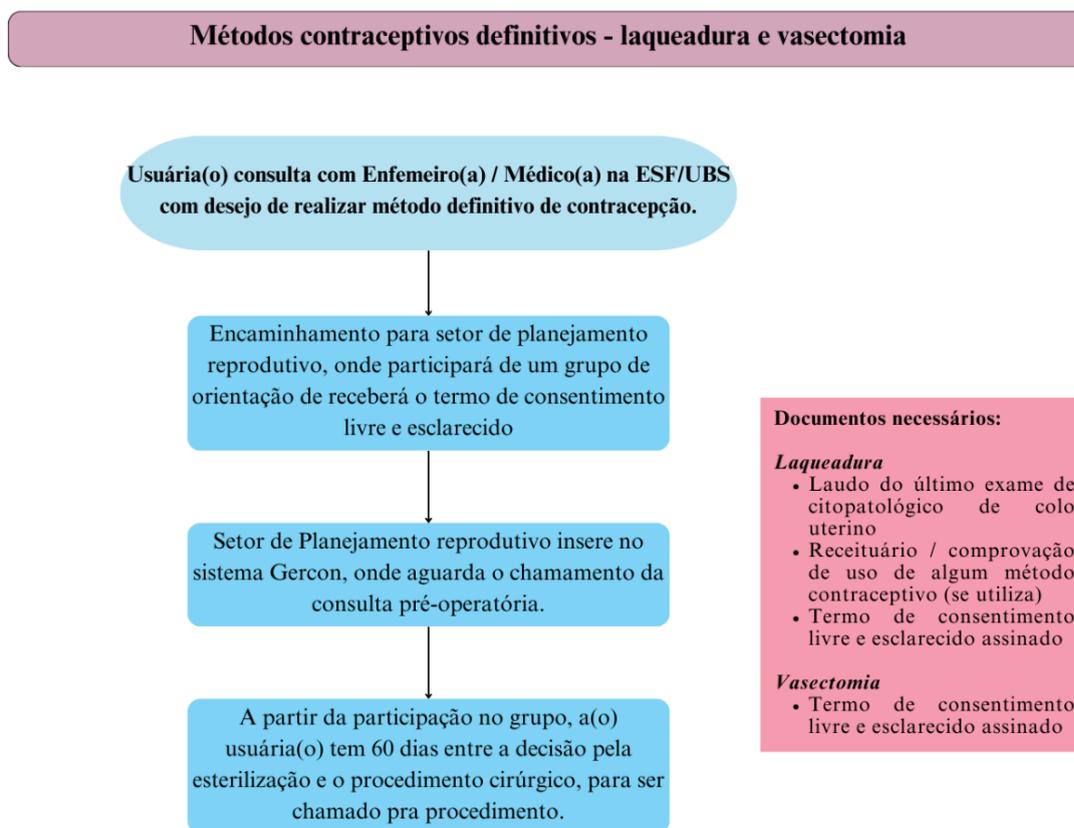


	<p>mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;</p> <p>II- Não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária ou vasectomia;</p> <p>III- O histórico de cesáreas sucessivas anteriores não é mais requisito para a realização de laqueadura tubária durante a cesárea, sendo a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto garantida a solicitante, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre o parto e a manifestação da vontade e as devidas condições médicas.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano: LT: 0,5% Vasectomia: 0,15%</p>	<p>esclarecer dúvidas; aguardar prazo de 60 dias entre a expressão do desejo da esterilização e a realização;</p> <p>Orientar sobre a dificuldade de reversão dos métodos definitivos no momento da escolha. A LT e a vasectomia possuem baixa taxa de reversibilidade cirúrgica (na laqueadura tubária, o sucesso da reversibilidade pode chegar a 30% dos casos);</p> <p>Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar o sucesso do procedimento cirúrgico. Tais métodos não protegem de IST.</p>	<p>Na presença de sinais infecciosos, o usuário deve ser avaliado imediatamente ou referenciado para serviço de urgência.</p>	<p>execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22 e normatizada pela Portaria n. 405 de 8/5/2023.</p>
--	---	--	---	--

Fonte: COREN-RS, 2022



Fluxograma 4 - Fluxo do município para métodos contraceptivos definitivos - laqueadura e vasectomia



Fonte: Autoria própria

4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

No Brasil, o câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2016b).

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea (UFRGS, 2024).

A citologia oncológica (Papanicolau, colpocitopatológico, entre outros) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada pelo Ministério da Saúde, para todas as mulheres entre 25 a 64 anos, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres (grupo que menos se submete ao exame). O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais (UFRGS, 2024) Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a técnica correta de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre)(UFRGS, 2024).

É atribuição da atenção básica prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção de saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultados citopatológicos de colo de útero alterados (UFRGS, 2024).

É importante salientar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero) e que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivos e, portanto, continuam sob risco de desenvolver alguns tipos de câncer como o do colo do útero, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina, como exames preventivos e imunizações (UFRGS, 2024).

4.1 PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO

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

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



Quadro 17 - Principais diagnósticos de enfermagem relacionados à prevenção do câncer de colo uterino

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado adequado/ inadequado; • Conhecimento sobre o teste diagnóstico; • Adesão ao teste diagnóstico; • Acompanhamento de rastreamento iniciado; • Acompanhamento de rastreamento interrompido

FONTE: GARCIA, 2019

Quadro 18 - Roteiro de Assistência de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo Uterino

Acolhimento com escuta qualificada	Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno para identificação daquelas não rastreadas e realização da coleta de citopatológico); Orientação individual e/ou coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame, sua importância e fatores de risco.
Anamnese	Idade (ver população-alvo); Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais); Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo, nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico; Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as ISTs e, entre elas, a infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano); DUM; Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais (não descartar a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo da consulta ocorreu pelo corrimento); Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.
Exame físico genital	Inspeção dos órgãos genitais externos (observando à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais); Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo e presença de lesões.
Toque vaginal bimanual	Não deve ser realizado rotineiramente pelo enfermeiro, tendo sua execução restrita quando houver suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP), sangramentos disfuncionais, presença de massas ou alterações detectadas à

	<p>palpação de abdome. As evidências atuais mostram que os danos superam os benefícios, visto que danos no tratamento excessivo podem resultar de uma triagem não baseada em evidências, além de gerar na mulher ansiedade e constrangimento;</p> <p>Quando recomendado, deve ser realizado após exame especular. Deve-se afastar lábios maiores e menores, introduzindo os dedos médio e indicador no canal vaginal, explorando as paredes vaginais, cérvix e fundo de saco, pesquisando alterações e tumorações. A outra mão é posicionada sobre o baixo ventre da mulher, realizando leve compressão, a fim de delimitar útero para posterior descrição de sua forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. A dor à mobilização do útero pode ser sugestiva de DIP ou endometrite/pelviperitonite.</p>
<p>Orientações gerais</p>	<p>Realizar busca ativa das mulheres faltosas com resultado alterado ou com atraso na coleta;</p> <p>Estimular o autocuidado;</p> <p>Encaminhar para grupo de combate ao tabagismo, se necessário;</p> <p>Relacionar a secreção vaginal ao ciclo menstrual, atividade sexual, estado imunológico, aspectos emocionais e condições de higiene;</p> <p>Captar parceria(s) para o tratamento, se necessário;</p> <p>Se alteração ao exame, comunicar a mulher e realizar apoio emocional e esclarecer suas dúvidas;</p> <p>Se necessário, encaminhar para consulta médica</p>

Fonte: COREN-RS, 2022.

Observação: Não é recomendado realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento. A inspeção visual a olho nu possui especificidade limitada e baixo valor preditivo positivo (cerca de 10%) e, devido à natureza subjetiva do teste, é difícil padronizar o controle de qualidade (UFRGS, 2024).

4.2 ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO

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

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

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da JEC, tem sido considerada indicador da qualidade da coleta, por ser nesse local onde se situa a maioria dos cânceres do colo do útero (UFRGS, 2024).

Atenção! A metaplasia é um processo fisiológico do colo do útero, que é dinâmico e responsivo hormonalmente. O achado dessas células no resultado do exame

citopatológico não indica nenhuma lesão e não requer nenhuma alteração na rotina de rastreamento ou encaminhamentos (UFRGS, 2024).

Quadro 19 - Indicação da vacina contra o HPV

PÚBLICO	FAIXA ETÁRIA	DOSES
Meninas e meninos	9 a 14	Administrar duas doses com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses
Homens e mulheres imunocomprometidos, que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes com neoplasias e vítimas de violência sexual nessa faixa etária.	9 a 45	Administrar três doses com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e a terceira dose (0, 2 e 6 meses)

Ressalta-se que as pessoas previamente vacinadas (esquema completo) não necessitarão de doses suplementares. Aquelas com esquema incompleto deverão receber as doses necessárias para completar seu esquema vacinal.

Fonte: UFRGS (2024),

Quadro 20 - Recomendações para coleta de citopatológico em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	<p><u>Mulheres que nunca tiveram nenhum tipo de relação sexual não devem ser submetidas ao rastreamento.</u> É válido considerar que as mulheres podem ter uma variedade de razões para não revelar a atividade sexual anterior, incluindo questões sociais, religiosas e culturais, ou expectativas sobre modéstia, virgindade e vergonha, bem como resistência em reconhecer abuso sexual anterior. Mulheres que foram violentadas sexualmente frequentemente relutam em reconhecer essa história, e o abuso pode estar na base da decisão de se abster e não se envolver em atividades sexuais subsequentes. Além disso, o HPV pode ser transmitido pelo toque genital pele a pele, o que os pacientes podem não considerar como atividade sexual.</p>
Gestantes	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, incluindo a coleta de endocérvice. O colo do útero da mulher grávida é mais congestionado, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, considerando a exteriorização da JEC no período gravídico, porém <u>não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto.</u> O pré-natal é uma oportunidade para o rastreamento, principalmente em serviços com dificuldade de ampliar o acesso a todas as mulheres. A coleta pode ser realizada em qualquer idade gestacional, não sendo conveniente postergar para o puerpério. É sempre válido considerar a história individual de cada mulher. Mulheres com histórico prévio de perdas gestacionais podem se sentir inseguras com o procedimento, principalmente no primeiro trimestre de gestação. Isso deve ser discutido e respeitado para que não haja associação entre desfechos negativos e o exame citopatológico.</p>
Puérperas	<p>Recomenda-se a realização do citopatológico a partir de 90 dias após o parto.</p>
Climatério e Pós-menopausa	<p>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, realizar estrogenização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 48 horas antes da coleta.</p>



	<p>Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem tratamento com inibidores da aromatase para câncer de mama, a terapia com estrogênio está contraindicada.</p> <p>Caso a vaginite/colpíte atrófica gere queixas, realizar interconsulta médica.</p>
Histerectomizadas	<p><u>Histerectomia total:</u></p> <p>* <u>Por lesões benignas:</u> sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (pré-histerectomia).</p> <p>* <u>Por lesão precursora ou câncer do colo do útero:</u> deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><u>Histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero):</u> deve seguir rotina de rastreamento.</p>
Mulheres com história familiar de câncer do colo do útero	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</p>
Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides	<p>O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses. - Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina. Mulheres imunocompetentes vivendo com HIV e tratadas adequadamente com terapia antirretroviral apresentam história natural semelhante às demais mulheres.
Mulheres que buscam a UBS para realização da citologia oncótica em função de corrimentos	<p>Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpo citológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.



<p>Lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres</p>	<p>A prática sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres é passível de infecções sexualmente transmissíveis, seja através do sexo oral, seja com o compartilhamento de acessórios. Assim, o rastreamento está indicado independentemente da orientação ou prática sexual da mulher, seguindo as recomendações de periodicidade e faixa etária.</p>
<p>Homens transexuais e trans masculinidades</p>	<p>O rastreamento deve seguir a mesma recomendação de faixa etária e periodicidade, se já tiveram ou têm atividade sexual.</p> <p><u>Homens trans e demais pessoas trans masculinas tem a mesma chance de desenvolver câncer de colo uterino que mulheres cisgênero</u>, mas o rastreamento tende a ser negligenciado nessa população. Além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maior desconforto ao exame. A realização do exame não pode ser considerada uma condição para que a pessoa seja acompanhada no serviço de saúde por outro motivo, embora seja relevante sempre considerar a oportunidade do contato de homens trans e pessoas trans masculinas para a oferta do rastreamento.</p>

Fonte: COREN-RS, 2022



Quadro 21 - Recomendações e condutas conforme os resultados do exame

RESULTADO	RECOMENDAÇÕES
Dentro dos limites da normalidade no material examinado.	Seguir rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura.	Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Reparação.	Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas e reparativas).	Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Achados microbiológicos: - <i>Lactobacillus sp.</i> ; - <i>Cocos</i> ; - <i>Bacilos supracitoplasmático (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)</i> ; - <i>Cândida sp.</i>	Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo Quadros 3a, 3b, 3c e 3d.
Atrofia com inflamação.	Seguir a rotina de rastreamento citológico. Na eventualidade de um laudo de exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no QUADRO 48.
Indicando radiação.	Seguir a rotina de rastreamento citológico. O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame;



<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Clamídia sp.</i>; - <i>Efeitos citopático compatível com vírus do grupo herpes</i>; - <i>Trichomonas Vaginallis</i>; - <i>Actimomyces sp.</i> 	<p>A colpocitologia oncótica não é um método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microorganismos, tais achados microbiológicos são oportunidades para identificação de agentes que devem ser tratados.</p> <p><i>Clamídia, Gonococo e Trichomonas</i>: mesmo que com sintomatologia ausente como na maioria dos casos de infecção por Clamídia e Gonococos, seguir esquema de tratamento da mulher e do parceiro.</p> <p><i>Actimomyces sp</i>: bactéria encontrada no trato genital de em 10% a 20% de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.</p>
<p>Herpes Vírus</p>	<p>Primeiro episódio: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.</p> <p>Recidiva: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodromico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).</p> <p>Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano): Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos. Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano). Indicada avaliação periódica de função renal e hepática, nesse caso, recomenda-se encaminhamento para avaliação médica.</p> <p>Herpes genital em imunossuprimidos e gestantes: encaminhar para avaliação médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> › O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões. › Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário.

			<ul style="list-style-type: none"> › É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões. › A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados. › É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.
Atipias Significado Indeterminado	de Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<p>Se < de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal
			<p>Se ≥ de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
		Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para Colposcopia
		Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia no setor especializado em saúde da mulher do município.	
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Possivelmente não neoplásicas	Encaminhar para a colposcopia, no setor especializado em saúde da mulher do município.
	Não se pode afastar lesão de alto grau		

Atipias em células escamosas	Lesão Intraepitelial de baixo grau (LSIL)	Repetição da citologia em 6 meses: Se 2 exames negativos, seguir rotina de rastreamento; Se igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
	Lesão Intraepitelial de alto grau (HSIL), não podendo excluir microinvasão	Encaminhar para colposcopia com brevidade, no setor especializado em saúde da mulher do município.
	Carcinoma escamoso invasor	Encaminhar para colposcopia com brevidade, no setor especializado em saúde da mulher do município.
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor	Encaminhar para colposcopia com brevidade, no setor especializado em saúde da mulher do município.
Amostra Insatisfatória		Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória, porém, com presença de células escamosas apenas		Repetir o exame com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016 e COREN RS, 2022.



Quadro 22- Achados clínicos comuns e alterados no colo uterino

ACHADO CLÍNICO	EXPLICAÇÃO	CONDUTA
<p>Ectopia</p> 	<p>Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos</p>	<p>Não há indicação de intervenção na maioria dos casos. É fundamental reforçar a importância do uso de preservativos tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais suscetível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia. Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas da usuária (sangramento após relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.</p>
<p>Cisto de Naboth</p> 	<p>São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretorios das glândulas endocervicais</p>	<p>Não há necessidade de encaminhamentos, já que não há intervenção necessária.</p>

<p>Pólipos Cervicais</p> 	<p>Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical. São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos.</p>	<p>Encaminhar ao ginecologista para retirada se presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumenta ; sangramento discreto entre as menstruações.</p>
<p>Candidíase</p> 	<p>Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite coalhado) sugestivo de colpíte por <i>Candida Albicans</i>.</p>	<p>Tratar conforme QUADRO 3a</p>
<p>Tricomoniase</p> 	<p>Colo com sinais de inflamação, hiperemiado , com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por <i>Trichomonas vaginalis</i>.</p>	<p>Tratar conforme QUADRO 3c</p>

<p>Gonorreia / Clamídia</p> 	<p>Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>.</p>	<p>Tratar conforme QUADRO 3c</p>
<p>Vaginismo</p>	<p>Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo.</p>	<p>Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento, para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, tranquilizá-la e reagendar a avaliação</p>
<p>Ressecamento vaginal</p>	<p>Comum no climatério, demandando tratamento somente se houver queixas como ressecamento vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.</p>	<p>Pode ser recomendada a estrogenização local com Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3 mg do princípio ativo), via vaginal por 21 dias. É realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso. Atenção: mesmo sendo mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes.</p>

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2020 e COREN-RS, 2022.

4.3 SÍFILIS FEMININA

Quadro 23 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

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

Fonte: Brasil, 2022.

Quadro 24 - Tratamento e monitoramento de sífilis adquirida

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO APÓS TRATAMENTO
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral - VDRL (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia:	Benzilpenicilina	Doxiciclina 100mg,	Teste não



sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas . Dose total: 7,2 milhões UI IM	12/12h, VO, por 30 dias	treponêmico trimestral - VDRL (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Nota: a regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento . No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 9 dias, o esquema deve ser reiniciado (Santa Maria, 2023).			

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2022.

5 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

5.1 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 (BRASIL, 2016).

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 (BRASIL, 2016).

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 (BRASIL, 2016):

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

Quadro 25 - Síntese de Prevenção de Câncer de Mama

O QUE FAZER?	COMO FAZER?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.
Avaliação Global	<p>Entrevista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade; • IMC; • Antecedentes pessoais obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos); • Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história pregressa e/ou familiar de câncer de mama); • História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional); • Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele. <p>Exame físico específico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ECM para investigação em caso de queixas mamárias • Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama: nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em “água de rocha”, lesão eczematosa da pele, edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo.
Plano de Cuidados	<p>Exames para rastreamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade – mamografia a cada dois anos. • Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica. <p>Consulta pós-rastreamento mamográfico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recebimento dos laudos • Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento • Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas.



	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades.
	<p>Atividades de Vigilância em Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário. • Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento. • Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento. <p>Educação em saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer. • Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas (<i>breast awareness</i>), principais sinais e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.

Fonte: BRASIL, 2016

Quadro 26 - Taxonomia e principais diagnósticos de enfermagem referentes à interpretação de resultados de Mamografia e cuidados/intervenções de enfermagem no acompanhamento do rastreamento de câncer de mama

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE DE ENFERMAGEM
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> ● Adesão a / Não adesão a regime de exercício físico; ● Acompanhamento de Rastreamento (Screening); ● Ansiedade; ● Apoio social / Falta de Apoio social; ● Autoimagem negativa; ● Baixa autoestima; ● Manutenção da saúde, prejudicada; ● Menopausa; ● Obesidade; ● Risco de Doença; ● Risco de Qualidade de Vida, Negativa; ● Tabagismo

Fonte: COREN-RS, 2022

Quadro 27 - Rastreamento do câncer de mama

População Alvo	Periodicidade do rastreamento com mamografias
Mulheres de 40 - 49 anos	ECM sob demanda e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 - 69 anos	ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia de 2 em 2 anos



Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado

ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia anual

Atenção! O rastreamento do câncer de mama deve ser realizado a partir da solicitação do exame **MAMOGRAFIA BILATERAL para todas as mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, ou para mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado, anualmente. O AUTOEXAME DAS MAMAS** não deve ser ensinado e indicado pelos profissionais de saúde como método de rastreamento, diante da sua baixa acuidade para a detecção precoce do câncer de mama, ineficácia para a redução da mortalidade e associação a danos por sobre diagnósticos. Entretanto, a prática ocasional e não sistemática da observação e auto palpação das mamas pode ser estimulada para fins de autoconhecimento, cabendo ao enfermeiro acolher, valorizar a queixa e orientar a mulher diante de anormalidades encontradas. Já o **EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)** é indicado em caso de queixas mamárias para início de investigação diagnóstica. Para fins de rastreamento pode ser utilizado em conjunto com a mamografia em mulheres com risco elevado de câncer de mama. **Até então, somente o ECM não possui benefício bem estabelecido como método eficaz de rastreamento** (COREN-RS, 2022).

Quadro 28 – Resultados da mamografia e condutas da atenção básica

RESULTADO BI-RADS	CONDUTA
0 – Inconclusivo	<ul style="list-style-type: none">- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;- Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia, etc).- Encaminhar, se necessário, para consulta médica;
1 – Sem achados	<ul style="list-style-type: none">- Rotina de rastreamento- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;
2 – Achado Benigno	<ul style="list-style-type: none">- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;- Gerenciar acompanhamento de rastreamento (Screening);- Pactuar rotina de rastreamento conforme faixa etária, de acordo com quadro 27.



3 – Achado provavelmente Benigno	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas; - Gerenciar acompanhamento de rastreamento (Screening); - Pactuar rotina de rastreamento com controle radiológico por três anos, com repetição da mamografia semestral no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes; - Se persistência do achado, encaminhar para consulta médica ou realizar interconsulta com o médico; - Manter coordenação do cuidado para mulheres com alterações, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada, quando indicada.
4 – Achado Suspeito	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas; - Realizar encaminhamento para Setor Especializado em Saúde da Mulher no Município, com urgência, de acordo com fluxos locais; - Manter coordenação do cuidado em equipe multiprofissional e AAE; - Apoiar a mulher e família no decorrer dos tratamentos instituídos; - Apoiar a tomada de decisão da mulher fortalecendo a autoestima
5 – Achado altamente suspeito	
6 – Achado com diagnóstico de Câncer, mas não tratado	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016; COREN,-RS, 2022.

Quadro 29 - Taxonomia dos problemas/queixas mais comuns nas mamas

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> ● Amamentação, prejudicada; ● Ansiedade; ● Risco de/ presença de infecção; ● Risco de/ presença de inflamação; ● Manutenção da saúde, prejudicada ● Menopausa; ● Risco de Doença

Fonte: COREN-RS, 2022



Quadro 30 - Manejo dos problemas/queixas mais comuns nas mamas

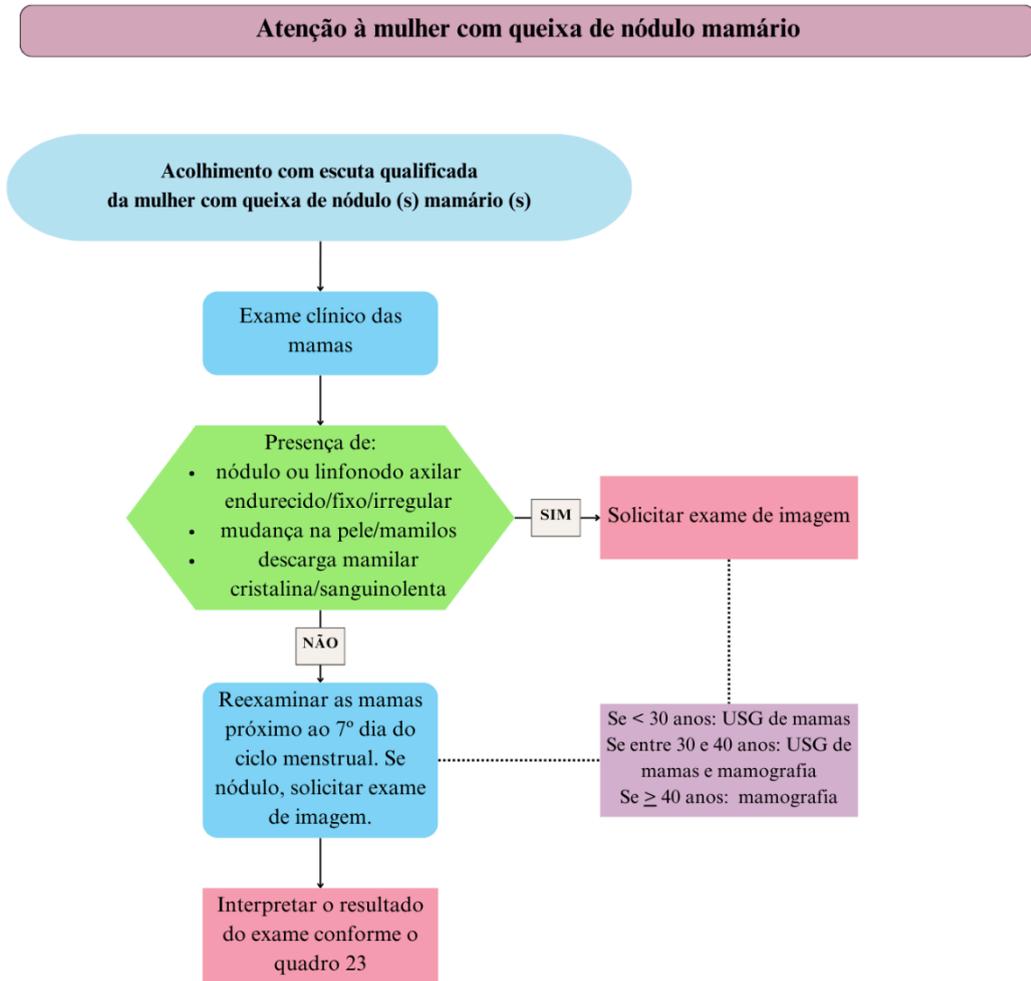
CONDIÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>MASTALGIA COM FEBRE</p> <p>Queixa de dor mamária associada a causas infecciosas. A infecção da mama inclui a mastite infecciosa e o abscesso mamário, mais comuns em mulheres entre 15 e 45 anos de idade, sobretudo as lactantes. Em caso de não nutrizes, a ectasia de ducto é a principal causa da mastite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana. - A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. - Não suspender o aleitamento. - Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual. - Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada. - Se dor ou febre, orientar dipirona, 500-1.000 mg, VO, 6/6 horas, OU paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas - Encaminhar para avaliação médica imediata;
<p>MASTALGIA SEM FEBRE</p> <p>Queixa de dor mamária, usualmente bilateral ou unilateral se associada à trauma, em geral relacionada a processos fisiológicos como sintomas pré-menstruais ou a sintoma de gestação. Em algumas situações pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais ou terapias de reposição hormonal na menopausa.</p>	<p>Se presença de sinais de gravidade como dor torácica aguda, suspeita de dor precordial ou dor perfurante localizada, súbita e de forte intensidade irradiada para pescoço ou para região posterior do tórax, encaminhar para avaliação médica imediata;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ECM (QUADRO 25); - Investigar causas fisiológicas ou gestação; - Iniciar pré-natal se gravidez confirmada; - Tranquilizar a paciente quanto à natureza frequentemente benigna da mastalgia; - Orientar uso de sutiã ajustado e. Considerar sutiã confortável à noite e reforçar uso de sutiã esportivo adequado para a realização de exercícios físicos; - Prescrever Paracetamol 750 mg, 1 comprimido via oral de até 8/8 h OU Dipirona 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h OU Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias; - Em caso de mastalgia acentuada e possivelmente relacionada ao método anticoncepcional hormonal em uso ou à terapia de reposição hormonal, encaminhar para consulta médica para avaliar troca/suspensão; - Pactuar retorno para reavaliação em um mês, ou antes, se necessário. Se persistência ou piora

	do quadro, encaminhar para consulta médica.
<p>DESCARGA PAPILAR ESPONTÂNEA EM NÃO NUTRIZES</p> <p>A maioria das secreções mamilares é de origem benigna. Durante seus anos reprodutivos, até 80% das mulheres terão um episódio de secreção mamilar. A secreção mamilar é classificada por sua apresentação como: produção normal de leite (lactação), secreção mamilar fisiológica (galactorreia de aspecto seroso, geralmente associada a hiperprolactinemia) ou secreção mamilar patológica (sanguinolenta ou purulenta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar ECM; - Investigar gestação e iniciar o pré-natal se gravidez confirmada; - Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (como por exemplo: sulpirida, domperidona, metoclopramida, metildopa e digoxina); - Avaliar características da descarga e encaminhar para consulta médica.

Fonte: COREN-RS, 2022



Fluxograma 5 - Atenção à mulher com queixa de nódulo(s) mamários(s)



Fonte: Florianópolis, 2020.

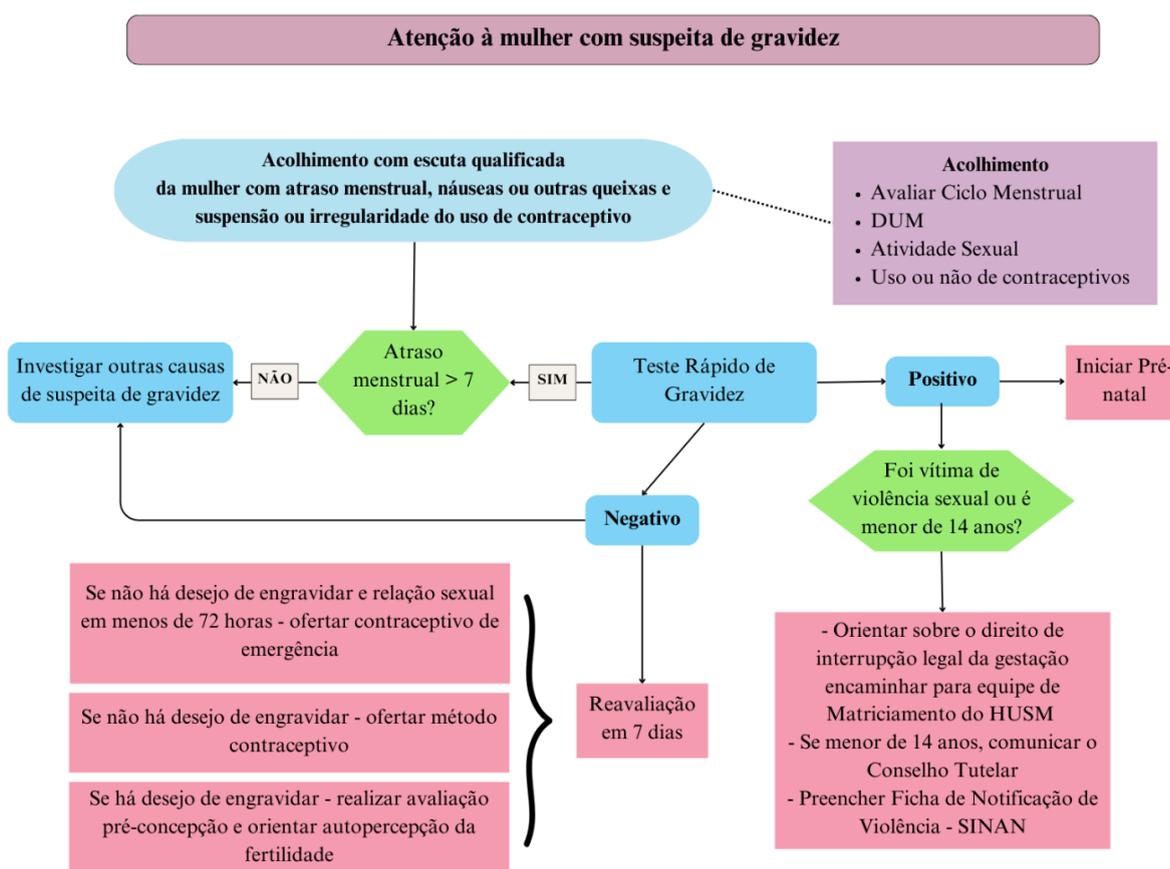
6 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

6.1 AVALIAÇÃO DE RISCO NO PRÉ-NATAL

Sempre que uma mulher em idade fértil referir atraso menstrual igual ou superior a 7 dias o enfermeiro deverá questionar a possibilidade de gestação. Ainda que a mulher se diga usuária de método contraceptivo, deve ser considerada a possibilidade de falha e realizado teste rápido de gravidez ou laboratorial (Beta HCG). Se positivo, as medidas iniciais de pré-natal deverão ser realizadas, a começar pela classificação de risco gestacional. As orientações estão descritas no Fluxograma abaixo - Acolhimento e introdução da mulher como gestante na Atenção Básica (COREN-CE, 2020).

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

Fluxograma 6 - Acolhimento e introdução da mulher como gestante na Atenção Básica



Fonte: Autoria própria

6.2 ROTEIRO DE CONSULTAS

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

As consultas preferencialmente devem ser intercaladas entre enfermeiro e médico clínico ou de saúde da família e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante.

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

- Até 28ª semana – Mensal
- De 28 até 36 semanas – quinzenal
- Após 36ª semana – semanal (COREN/FLORIANÓPOLIS, 2020)

Quadro 31 – Síntese de condutas conforme o trimestre da gestação

TRIMESTRE	ROTEIRO	OBSERVAÇÕES
<p>1ª Consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal; - Antecedentes familiares. - Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da data da última menstruação (DUM); porém se tiver ultrassonografia obstétrica (USG) precoce, calcular sempre pelo 1º exame realizado, em detrimento da DUM. - Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Solicitação dos exames da rotina do 1º trimestre - Encaminhamento para odontologia; - Prescrição de Ácido Fólico 0,4mg; - Rastrear risco de pré eclâmpsia - Coletar citopatológico de colo de útero conforme rotina de rastreamento. - Devido à alta incidência de IST's no município, recomenda-se a realização de 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção a identificação de riscos; - Prescrever Ácido Fólico 0,4 mg/dia, via oral, no mínimo 30 dias antes da concepção e até pelo menos o final do primeiro trimestre; OBS.: - No momento está disponível no município, o ácido fólico em gotas, cuja posologia deve ser de acordo com o laboratório disponível. - Realizar classificação de risco de pré eclâmpsia para gestante conforme quadro - Para gestantes com alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica, antecedentes de malformações neurológicas, uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valproico e em caso de epilepsia), prescrever ácido fólico comprimido, 5,0 mg/dia (disponível no município), pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação. - Prescrever sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto; - É fundamental explicar sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mulher e do feto. O tratamento farmacológico (incluindo a reposição de nicotina) é contraindicado para gestantes e nutrízes. <p># Exames de Rotina do 1º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Tipagem sanguínea e fator RH - EQU e urocultura - Glicemia de jejum - Toxoplasmose IgG e IgM* - Teste rápido para HIV (ou anti_HIV) - Teste rápido para sífilis (ou VDRL) - Teste rápido para hepatite B ou sorologia - Teste rápido para hepatite C ou sorologia

	<p>testes rápidos (TR) ou sorologias em todas as parcerias da gestante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eletroforese de Hemoglobina - PCR para chlamydia e gonococo¹ - TSH² - Anti-HBs³ (Preferencialmente, de 30 a 60 dias após a última dose do esquema vacinal) - Ultrassonografia obstétrica para datar idade gestacional; <p><u>*Atentar para orientação do município de coleta mensal, se toxoplasmose suscetível.</u></p> <p>¹ Novo parceiro ou parceira sexual nos últimos 60 dias, múltiplos parceiros ou parceiras sexuais simultâneos, parceiro ou parceira sexual com ISTs, trabalhadoras do sexo, uso abusivo de álcool e/ ou outras drogas.</p> <p>² Pessoa gestante maior que 30 anos de idade, hipotireoidismo e hipertireoidismo, IMC maior ou igual 40, radiação de cabeça ou pescoço, doença/cirurgia de tireóide/anti-TPO reagente, Diabetes tipo I ou outras doenças autoimunes, abortamento/perda fetal, parto prematuro, infertilidade, maior/igual a duas gestações anteriores, uso de Amiodarona ou Lítio, administração recente de contraste radiológico iodado, história familiar de doença autoimune da tireóide, ou disfunção da tireóide, pessoa gestante vivendo em área com insuficiência de iodo moderado a grave conhecido.</p> <p>³ A dosagem de anti-HBs pós-vacinal em gestantes depende da presença de fator de risco de maior exposição ao vírus ou de perda da resposta de memória imunológica. Estão listadas abaixo as situações em que há recomendação de teste de anti-HBs pós-vacinal: Profissionais de saúde e de segurança pública; Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HBV; o Usuários de drogas injetáveis; Pessoas privadas de liberdade; Trabalhadoras do sexo; Usuárias de PrEP; Indivíduos com múltiplos parceiros sexuais que não fazem uso de preservativos, com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), transgêneros e indivíduos em relações sexuais sorodiscordantes; Pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T-CD4+ <350 células/mm³; o Transplantados de órgãos sólidos; Pessoas em uso de terapia imunossupressora ou quimioterapia; Pessoas com neoplasias; Hemodialíticos crônicos; Pessoas que apresentavam no momento da vacinação: obesidade (IMC≥30), diabetes mellitus, coinfeção com HCV, doença inflamatória intestinal, doença celíaca. Pessoas em situação de rua; Indivíduos com doença</p>
--	---	--

		<p>hepática ou aminotransferases elevadas. Caso a gestante não se encaixe em nenhuma dessas situações descritas acima, não há indicação de coletar anti-HBs na gestação, e o rastreio para hepatite B deve ocorrer através do HBsAg.</p>
1º Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e o ganho de peso gestacional. - Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção para as alterações da pressão arterial; - Atentar para queixas de leucorreia, questionando a gestante em relação à coloração e odor da secreção, observar mediante realização de exame especular e tratar se necessário. - Ultrassonografia morfológica com doppler das artérias uterinas para rastreio do risco de pré-eclâmpsia (entre 11 semanas e 13+6);
2º Trimestre	<p>Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2ª rotina de exames - Solicitar exame de relação proteína/creatinina, se Hipertensão Arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção para identificação de risco, alteração da PA e no crescimento uterino; - Prescrever Carbonato de Cálcio 2 cp de 1250 mg/dia (equivalente a 1000mg de Cálcio elementar), via oral, com início na 12ª semana de gestação até o momento do parto. Recomenda-se que a ingestão do suplemento de cálcio ocorra com intervalo mínimo de 2 horas do sulfato ferroso ou de polivitamínicos contendo ferro. Sugere-se que o cálcio não seja ingerido em jejum e evitado em conjunto com alimentos ricos em fitatos, oxalatos ou ferro (ex: feijão, fígado, espinafre, acelga, couve, beterraba, batata doce, sementes, castanhas e cereais) bem como, evitar a ingestão do suplemento com altas doses de cafeína e alimentos ultraprocessados. Uma sugestão é a ingestão no período da noite com um copo de leite ou suco de frutas. <p># Exames de Rotina do 2º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste de Tolerância Oral para Glicose com 75g (jejum, 1ª hora e 2ª hora) realizado entre a 24ª e 28ª semana. - EQU e urocultura - - Toxoplasmose IgG e IgM* - Coombs Indireto - se Rh negativo (Mensal, a partir da 24ª semana) - Teste rápido para HIV (ou anti HIV) - Teste rápido para sífilis (ou VDRL)

		* <u>Atentar para orientação do município de coleta mensal, independente de resultado.</u>
3º Trimestre	Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e o ganho de peso gestacional. - Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3ª rotina de exames -	# Exames de Rotina do 3º trimestre: - Hemograma - EQU - Urocultura e antibiograma - Glicemia de jejum - Toxoplasmose IgG e IgM * - Teste rápido para HIV (ou anti- HIV) - Teste rápido para sífilis (ou VDRL) - Teste rápido para hepatite B ou sorologia - Teste rápido para Hepatite C - Estreptococos do grupo B (GBS) * Atentar para orientação do município de coleta mensal, independente de resultado. - O aumento da frequência de consultas no final da gestação se deve à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-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 a 41ª semana, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal e possível indução.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN; 2019; RIO GRANDE DO SUL; 2024a

Quadro 32 - Exame clínico no pré-natal

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
1º trimestre	Pele e Mucosas:	Realizar orientações específicas

1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Cor; - Lesões; - Hidratação; - Turgor; - Cloasmas; - Tumorações; - Manchas 	Avaliação médica na presença de achados anormais
	<p>Exame Bucal: Avaliar sinais de sangramento ou lesões nas gengivas</p>	Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, uma vez durante o período gestacional, Encaminhar também o parceiro para avaliação.

	<p>Sinais Vitais: Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulso; - Frequência Respiratória; - Aferição da Pressão Arterial (PA); - Frequência Cardíaca; - Temperatura Axilar 	<p><u>Elevação pressórica na gestação:</u> Ocorrência de PA sistólica \geq 140 mmHg e/ou diastólica \geq 90 mmHg verificadas em duas ocasiões diferentes e com intervalo mínimo de quatro horas e máximo de sete dias .</p> <p><u>Hipertensão Arterial Crônica (HA):</u> hipertensão prévia ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação sem manifestação de sinais e sintomas relacionados a pré eclâmpsia, sem lesões de órgão alvo e ausência de proteinúria</p> <p><u>Hipertensão gestacional:</u> hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação ou que persiste até 12 semanas pós parto sem proteinúria e sem lesão de órgão alvo</p> <p>ATENÇÃO: <u>PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500g semanais:</u> fazer proteinúria com urgência, encaminhar para consulta médica imediata e referir ao alto risco para avaliação.</p> <p>Elevação \geq 30 mmHg da PA sistólica ou \geq15 mmHg da PA diastólica em relação à PA anterior à Gestação, quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90mmHg, não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30mmHg na sistólica ou 15mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes.</p> <p><u>PA > 160/110 mmHg ou PA > 140/90 mmHg acompanhada de proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastralgia e escotomas:</u> encaminhar para avaliação médica no CO HUSM.</p> <p>Gestante com HAS prévia e em uso de 2 ou mais medicações anti-hipertensivas devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Avaliação Nutricional</p> <p>1) Medida de peso em todas as consultas e medida de altura (a cada trimestre em gestantes com menos de 20 anos).</p>	<p>Baixo peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, entre outros.

2) Classificar IMC pré gestacional, na primeira consulta, como: baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade para posteriormente selecionar o gráfico de ganho de peso adequado na Caderneta da Gestante.

Classificação do IMC pré gestacional	Ganho de peso recomendado até 40 semanas
Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m ²)	9,7-12,2 Kg
Eutrófica (IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 Kg/m ²)	8-12 Kg
Sobrepeso (IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 30 Kg/m ²)	7-9 Kg
Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m ²)	5-7,2 Kg

- Orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores.

Excesso de Peso:

- Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmio;

- Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores.

Recomenda-se:

- Encaminhar para avaliação do nutricionista (via sistema MV)

- Além do acompanhamento com intervalos menores, apoio e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.

Sugere-se o uso da Calculadora de Estado Nutricional da Gestante da BVS disponível em:

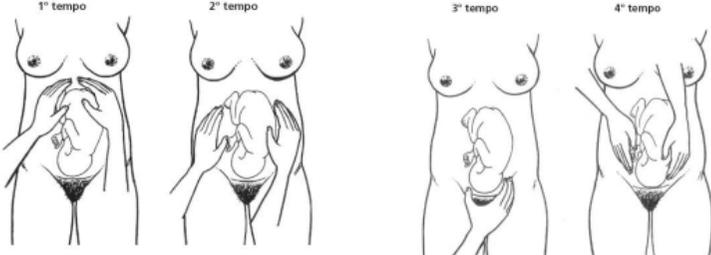
<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=9>

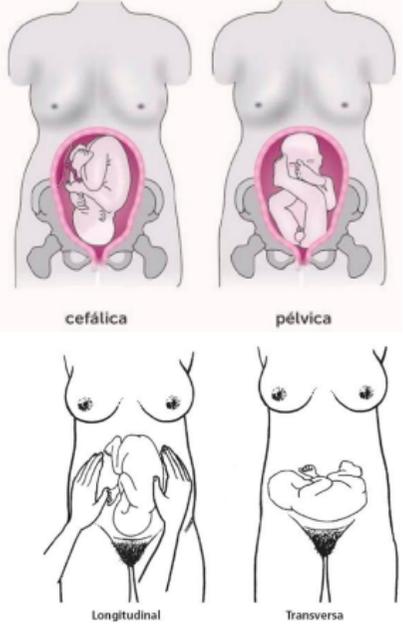
Região Cervical
Palpação da Tireoide

Realizar orientações específicas;
Avaliação médica na presença de achados anormais.

	<p>Mamas Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outras.</p>	<p>Realizar orientações específicas. Para as condutas nos achados anormais, ver capítulo de prevenção do câncer de mama.</p>
	<p>Tórax Ausculta Pulmonar e Cardíaca.</p>	<p>Realizar orientações específicas. Avaliação médica nos achados anormais.</p>
	<p>Edema Inspeção na face e membros superiores. Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos.</p>	<p>Resultados: (-) ou ausente – monitorar rotineiramente (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento da temperatura ou tipo de calçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco; (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco. Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Abdome Palpação Abdominal para rastrear alterações: Hérnia Umbilical; massa palpável, etc.</p>	<p>Realizar interconsulta com o médico se alterações</p>
2º Trimestre	Pele e Mucosas:	Realizar orientações específicas

	<ul style="list-style-type: none"> - Cor; - Lesões; - Hidratação; - Turgor; - Cloasmas; - Tumorações; - Manchas 	Avaliação médica na presença de achados anormais
	<p>Sinais Vitais: Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulso; - Frequência Respiratória; - Aferição da Pressão Arterial (PA); - Frequência Cardíaca; - Temperatura Axilar 	
	<p>Avaliação Nutricional Medida de peso em todas as avaliações e medida da altura para menores de 20 anos (a cada trimestre). Colocar ganho de peso no gráfico de acompanhamento da caderneta de gestante.</p>	<p>Baixo peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, entre outros. - Orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores. <p>Excesso de Peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores. <p>Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Encaminhar para avaliação do nutricionista (via sistema MV) - Além do acompanhamento com intervalos menores, apoio e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
	<p>Tórax Ausculta pulmonar.</p>	<p>Realizar orientações específicas. Avaliação médica nos achados anormais.</p>

	<p>Ausculata Cardíaca.</p> <p>Edema Inspeção na face e membros superiores. Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou deitada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos.</p>	<p>Resultados: (-) ou ausente – monitorar rotineiramente (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento da temperatura ou tipo de calçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco; (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco. Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Abdome Palpação Abdominal. Palpação Obstétrica (Manobra de Leopold) Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é mais comum.</p>	<p>Recomendação A situação transversa e apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto.</p>  <p>Manobras de palpação</p>

		 <p>Apresentação Situação</p>
<p>Todas as consultas após a 12ª semana de gestação</p>	<p>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. Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica nesta e com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.</p>	<p>Recomendação Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de cálculo de IG; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para alto risco.</p>

		 <p data-bbox="1536 596 1845 624">Medida da altura uterina</p>
<p data-bbox="226 986 517 1082">Todas as consultas, a partir da 12ª semana de gestação</p>	<p data-bbox="546 660 1128 687">Ausculda dos batimentos cardíofetais (BCF)</p> <p data-bbox="546 695 1272 898">Audível com sonar doppler a partir da 12ª semana; Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana; Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.</p>	<p data-bbox="1303 660 1509 687">Recomendação</p> <p data-bbox="1303 695 2085 863">Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino.</p> <p data-bbox="1303 871 2085 1038">Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após a contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.</p>  <p data-bbox="1413 1374 1877 1401">Ausculda dos batimentos cardíofetais</p>

3º Trimestre	Pele e Mucosas: - Cor; - Lesões; - Hidratação; - Turgor; - Cloasmas; - Tumorações; - Manchas	Realizar orientações específicas Avaliação médica na presença de achados anormais
	Sinais Vitais: Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: - Pulso; - Frequência Respiratória; - Aferição da PA; - Frequência Cardíaca; - Temperatura Axilar	
	Avaliação Nutricional Medida de peso em todas as avaliações e medida da altura para menores de 20 anos (a cada trimestre). Colocar ganho de peso no gráfico de acompanhamento da caderneta de gestante.	Baixo peso: - Verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, entre outros. - Orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores. Excesso de Peso: - Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores. Recomenda-se: -Encaminhar para avaliação do nutricionista (via sistema MV) - Além do acompanhamento com intervalos menores, apoio e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
	Tórax	Realizar orientações específicas.

	<p>Avaliação pulmonar. Avaliação Cardíaca.</p>	<p>Avaliação médica nos achados anormais.</p>
	<p>Edema Inspeção na face e membros superiores. Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. Palpação de MMII, região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou deitada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos.</p>	<p>Resultados: (-) ou ausente – monitorar rotineiramente (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento da temperatura ou tipo de calçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco; (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco. Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Abdome Palpação Abdominal. Palpação Obstétrica (Manobra de Leopold) Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o pólo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é mais comum.</p>	<p>Recomendação A situação transversa e apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.</p>

De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixa da gestante	Região Inguinal e Perineal Inspeção da vulva Palpação de linfonodos Região anal	Realizar orientações específicas. Avaliação médica na presença de achados anormais.
	Exame especular	Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade (ver capítulo Prevenção de Câncer de Colo do Útero) Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante. Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.
	Toque Bimanual	Não deve ser realizado rotineiramente

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico

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

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

Pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral).
(BRASIL, 2016).

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

Recomendação: A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM. Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação. Recomenda-se o cálculo pelo 1º USG de 1º trimestre.

De acordo com **Lei 14.598 de 14 de junho de 2023**, as gestantes têm direito à realização de duas ultrassonografias obstétricas, sendo recomendada que a primeira seja entre 11 e 14 semanas para cálculo da idade gestacional, e um segundo exame entre 18 e 20 semanas, para avaliação do crescimento fetal (BRASIL,2023). Além disso, a lei preconiza a realização de ecocardiograma fetal. O município de Santa Maria elencou alguns critérios para realização, de acordo com a Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal (2019):

- Histórico de cardiopatia congênita pessoal ou familiar;
- Uso de medicações com potencial cardiotóxico;
- Diabetes Mellitus pré-gestacional ou na gestação;
- Fenilcetonúria materna de difícil controle;
- Histórico de óbito infantil ou neonatal por cardiopatia congênita em gestação anterior;
- Anormalidades da ausculta de BCF (ritmo irregular, taquicardia ou bradicardia fetal durante consulta pré-natal);
- Anormalidades de BCF ou anormalidades anatômicas detectáveis em US obstétrico/morfológico;
- Gestação gemelar monocoriônica;
- Translucência nucal aumentada > 95% (≥ 3 mm);

Período ideal: entre 26 a 30 semanas gestacionais. (BRASIL, 2023a).

Quadro 33 - Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré eclâmpsia

APRESENTAÇÃO CLÍNICA / OBSTÉTRICA	CONDIÇÃO	RISCO CONSIDERADO
Identificação	Idade \geq 35 anos	Moderado
	Nuliparidade	
	Raça cor negra	
Antecedentes Pessoais e familiares	História Familiar de pré eclâmpsia (mãe e/ou irmã)	Alto
	Hipertensão Arterial Crônica	
	Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2	
	Doença Renal	
	Doenças autoimunes (Lúpus, Síndrome antifosfolípide, artrite reumatoide)	
	Obesidade (IMC \geq 30)	
Antecedentes Obstétricos	Intervalo maior de 10 anos desde a última gestação	Moderado
	Gestação prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso a moderado, nascer com menos de 37 semanas e trabalho de parto pré termo)	
	História de pré eclâmpsia em gestação anterior	Alto
	Gestação múltipla	
	Após reprodução assistida	

Para Gestante com pelo menos 2 fatores de risco moderado **ou** 1 fator de risco alto para pré eclâmpsia prescrever: Associar ao Carbonato de Cálcio, o Ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg - VO - 1 cp à noite. Iniciar preferencialmente antes das 16 semanas e manter até o final da gestação.

Quadro 34 - Interpretação dos resultados de exames no pré-natal

EXAME	RESULTADO	CONDUTA
Hemoglobina e hematócrito	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina > 11g/dl – normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<p>Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no Fluxograma 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se anemia grave, encaminhar ao C.O para avaliação, concomitante ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<p>As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. Solicitar o exame também para o parceiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença falciforme: encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Tipo sanguíneo e fator Rh	<ul style="list-style-type: none"> • A (+), B (+), AB (+), O (+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. • A (-), B (-), AB (-), O (-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo 	<p>Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto mensalmente, após 24^a semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto (Se fator Rh negativo)	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada • Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: Referenciar ao alto risco • Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> - Repetir exame mensalmente - Orientar a gestante sobre a necessidade de realizar a Imunoglobulina anti-D pós-parto, ainda na maternidade.
TSH	<p>Valores normais (na ausência de valores estabelecidos pelo laboratório): 1º trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L</p>	<p>Em caso de alteração encaminhar para tratamento médico.</p>

<p>Para gestantes com fatores de risco</p>	<p>2º trimestre: 0,2 a 3,0 mU/L 3º trimestre: 0,3 a 3,0 mU/L</p> <p>A triagem universal em gestantes assintomáticas para doenças da tireoide não é recomendada.</p>	
<p>Glicemia em Jejum</p>	<ul style="list-style-type: none"> • < 92mg/dL: normal • Entre 92 e 125mg/dL: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) • Se \geq 126 mg/dL: Diabetes Mellitus (DM) 	<p>Se resultado alterado na glicemia de jejum no 1º trimestre, confirmar com nova glicemia de jejum. Confirmado o diagnóstico de DMG ou DM, solicitar teste de tolerância oral à glicose (TOTG), se menor de 24 semanas gestacional. Descartando o diagnóstico: rotina de pré-natal de risco habitual. - Para monitorização glicêmica no domicílio, a gestante poderá retirar em comodato um glicosímetro e fitas, na Farmácia Municipal, mediante laudo médico.</p>
<p>Teste de tolerância à glicose 3 pontos (jejum, 1 e 2 horas após-sobrecarga com 75g de glicose anidro) -Para todas as gestantes a partir de 24 semanas -Para gestantes com menos de 24 semanas, somente se rastreio positivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jejum: < 92mg/dL: normal • 1ª hora: < 180 mg/dL: normal • 2ª hora: \leq 153 mg/dL: normal 	<p>Diagnóstico de DMG – ao menos um valor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejum: 92 a 125 mg/dL • 1ª hora: \geq 180 mg/dL • 2ª hora: 153 a 199 mg/dL <p>Diagnóstico de DM – ao menos um valor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejum: \geq 126 mg/dL • 2ª hora: \geq 200 mg/dL
<p>Urina Tipo 1 (EQU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado se > 10 mg/dl. • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: realizar urocultura, se ainda não realizada, para confirmar se há infecção do trato urinário (ITU). Caso não esteja disponível, encaminhar para consulta médica imediata. - Enfermeiro poderá prescrever o tratamento medicamentoso apenas se primeira evidência laboratorial de ITU (urocultura positiva acompanhada de antibiograma) ou em 1º quadro de sintomático de ITU baixa (cistite).

		<p>Atenção: Enfermeiro não realiza tratamento de ITU de repetição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referenciar ao pré-natal de alto risco. • Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. • Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: referir à emergência obstétrica • Proteinúria maciça: Referir a gestante ao pré-natal de alto risco. • Pielonefrite: Referir imediatamente à emergência obstétrica • ITU refratária ou de repetição: referir ao alto risco <p>Ver Fluxograma 8</p>
Urocultura e antibiograma	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	Ver Fluxograma 8
<p>Relação proteína/creatinina urinárias (fazer quando suspeita de pré-eclâmpsia, em pacientes com PA ≥ 140/90 mmHg a partir de 20 semanas gestacionais)</p>	<p>Relação proteína/creatinina urinárias (mg/dl) < a 0,3</p> <p>As solicitações do exame aparecem isoladas no sistema MV, devendo realizar a relação entre elas, ou seja, a divisão dos valores de proteína pelo valor de creatinina na urina.</p>	Se a relação de proteína/creatinina urinária ≥ 0,3mg/dl encaminhar a gestante imediatamente ao Centro Obstétrico.
Teste Rápido para Sífilis (ou VDRL)	Reagente ou não reagente	Lembramos que a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre no estágio de latência da sífilis, já que esses exames

		<p>geralmente ocorrem durante a rotina do pré-natal e nem sempre a cronologia do tempo de infecção é bem determinada. Portanto, diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), classifica-se e trata-se como sífilis latente tardia, cujo esquema terapêutico é:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM. <p>* A recomendação é que as doses sejam aplicadas, idealmente, a cada 7 (sete) dias, não ultrapassando 9 (nove) dias.</p> <p>Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste.</p> <p>O VDRL deve ser solicitado imediatamente para iniciar o monitoramento e depois deve ser realizado mensalmente para monitoramento da resposta do tratamento na gestante e a cada três meses para as parcerias sexuais, no primeiro ano.</p> <p>Avaliar e SEMPRE tratar as parcerias.</p> <p>Em caso de histórico de tratamento anterior avaliar VDRL.</p> <p>Realizar Notificação.</p>
Teste Rápido de HIV (ou sorologia laboratorial)	Reagente ou não reagente.	<p>Se Reagente, realizar teste 2 (confirmatório). Mantendo resultado reagente, encaminhar para CTA Casa 13 de Maio.</p> <p>A gestante somente será encaminhada para o AGAR se tiver outra comorbidade.</p> <p>OBS: gestantes em uso de PreP (profilaxia pré-exposição) e PEP (profilaxia pós exposição ao HIV) devem ser orientadas a manter o uso da medicação.</p>
Teste Rápido de Hepatite B	Reagente ou não reagente	<p>Se TR reagente, solicitar sorologia laboratorial (HbsAg), TGO e TGP.</p>

		Se reagente, encaminhar para CTA Casa 13 de Maio. Fazer Notificação.
Teste Rápido de Hepatite C	Reagente ou não reagente	Se TR reagente, solicitar sorologia laboratorial (anti-HCV), TGO, TGP e PCR para HCV. Se reagente, encaminhar para CTA Casa 13 de Maio. Fazer a notificação.
Sorologia para Toxoplasmose	<p>IgG e IgM não reagentes: Gestante Susceptível</p> <p>IgG Reagente e IgM Não reagente: Gestante com infecção pregressa.</p> <p>IgG e IgM reagentes ou IgG não reagente e IgM reagente: infecção muito recente ou falso positivo. Encaminhar para atendimento médico para iniciar o tratamento imediatamente e repetir o exame em 3 semanas.</p> <p>-</p>	<p>Em casos de gestante com infecção ativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificar imediatamente. - Solicitar avidez das gestantes com idade gestacional de até 16 semanas. - Encaminhar ao pré-natal de alto risco. - Realizar interconsulta com o médico para iniciar o tratamento. <p>Orientar sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● lavar as mãos ao manipular alimentos; ● lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ● não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); ● evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ● evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; 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 pzinha; alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; ● 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; ● lavar bem as mãos após o contato com os animais.

		<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para as orientações referentes à dispensação de medicamentos para tratamento da toxoplasmose, que deverão ser retirados na farmácia de medicamentos especiais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).
Anti-HBs	>10 mUI/ml: Imunizada <10 mUI/ml: ver conduta	No caso de resultado sorológico <10 mUI/ml realizar uma nova dose (dose teste) e repetir a sorologia, se permanecer com resultado negativo (<10 mUI/ml) completar o esquema vacinal (2 doses). Se novamente a sorologia permanecer <10 mUI/ml considerar não respondedor. Preferencialmente, realizar de 30 a 60 dias após a última dose.
PCR para clamídia e gonococo (Pessoa gestante com idade < ou = 30 anos ou >30 com fatores de risco) Fatores de risco: Novo parceiro(a) sexual nos últimos 60 dias, múltiplos parceiros(as) sexuais simultâneos, parceiro(a) sexual com IST, não uso ou uso inadequado de preservativo, trabalhadoras do sexo, uso abusivo de álcool e outras drogas, HIV positivo, história prévia de IST.	Negativo: normal Positivo: presença de <i>chlamydia trachomatis</i> e/ou <i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	Coleta e envio para a rede de laboratório pactuada na Resolução nº 497/23 - CIB/RS. Nos casos positivos, tratar conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis ou suas atualizações.
Estreptococos do grupo B (GBS) Deve ser realizado entre 36 e 38 semanas gestacionais	Negativo: normal Positivo: presença de GBS na amostra	O exame é realizado através da coleta de swab vaginal e retal. Casos positivos: será realizado antibiótico intraparto na maternidade de referência. Anexar exame na caderneta da gestante e anotar o resultado.

Coleta de Citopatológico		Coletar de acordo com a necessidade (verificar o Capítulo de Prevenção de Câncer de Colo de Útero).
---------------------------------	--	---

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016. RIO GRANDE DO SUL, 2024b.

Quadro 35 - Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação

MODIFICAÇÃO / DESCONFORTO	OBSERVAÇÕES	ORIENTAÇÕES/PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; • Pode também estar relacionado à tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; • Afastar o risco de alterações na pressão arterial e sinais de pré-eclâmpsia após 20 semanas gestacionais; • Investigar história prévia de enxaqueca, outras causas ou uso de medicamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais, exercícios de meditação, prática de yoga ou natação; • Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; • Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; • Estimular atividade física; • Estimular o aumento de ingesta hídrica e alimentação adequada; • Se dor recorrente solicitar avaliação médica; • Afastando a hipótese de qualquer risco, prescrever Paracetamol 750mg, 01 cp 6/6 horas. O uso não deve ultrapassar 10 dias ;
Desmaios/tonturas ou fraquezas	<p>Tem origem na instabilidade motora e de hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona na parede dos vasos; • Estase sanguínea em membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido; • Diminuição do débito cardíaco; 	<ul style="list-style-type: none"> • Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; • Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; • Estimular práticas de exercícios físicos e respiratórios; • Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; • Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; • Ingesta hídrica adequada; • Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo e respirar pausadamente e profundamente para aliviar os sintomas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Quadros de hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal); • Hipóxia cerebral transitória (causa provável das tonturas e desmaio); • Anemia; • Hipoglicemia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nos casos de reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode ser indicado; • Avaliar a pressão arterial;
Sonolência	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos que circundam a hora do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a gestante a falar sobre as suas expectativas e sentimentos; • Estimular o repouso; • Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; • Estimular a meditação;
Insônia	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse, sobrecarga de trabalho, dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; • Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; o cuidado e a chegada do bebê; • Movimentação fetal excessiva; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a pressão arterial; • Orientar o aumento da ingesta hídrica; • Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; • Estimular o repouso; • Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; • Estimular a meditação; • Estimular a prática de atividades de lazer e convívio com pessoas da rede de apoio; • Participar do grupo de gestantes; • Ler livros e filmes que relaxem; • Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis e notícias ruins; • Banhos mornos, massagens;
Náuseas/Vômito	<ul style="list-style-type: none"> • Devido às alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato ou do paladar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar jejum prolongado, orientando alimentação fracionada de 3/3 horas de preferência; • Orientar alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve; • Comer devagar e mastigar bem os alimentos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história prévia de tabagismo; • Gestação não planejada, problemas conjugais, gestante adolescente ou muito jovem; • Avaliar sempre o risco de avaliação para hiperêmese gravídica, caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes desidratação, perda de peso, alterações urinárias e metabólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar preferência a alimentos pastosos e secos, evitando alimentos muito gordurosos, temperos, doces ou com odor forte; • Ingesta hídrica adequada; • Apoio psicoterápico; • Auriculoterapia ou acupuntura; • Consumir alimentos que contenham gengibre (por exemplo, pirulitos de gengibre, chá de gengibre, alimentos ou bebidas que contenham raiz ou xarope de gengibre), pois estudos comprovam que o gengibre tem efeito positivo na redução de náuseas; • Prescrever tratamento medicamentoso caso necessário (metoclopramida 10mg - 1 comprimido 8/8 horas por até cinco dias não ultrapassar 30mg/dia ou dimenidrinato 50mg + cloridrato de piridoxina 10 mg de 01 cp 6/6 horas).⁴ • Na suspeita de hiperêmese gravídica, encaminhar para avaliação médica.
Queixas urinárias	<ul style="list-style-type: none"> • A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a frequência e a urgência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período do sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando o tratamento e cuidados especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o aumento da ingestão hídrica; • Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar que o sintoma é transitório e pode ocorrer até o final da gravidez; • Caso exista outros sintomas como disúria, hematúria acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta médica (Ver fluxograma de queixas urinárias na gestante).
Dor abdominal / cólica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sempre: presença de sinais de alerta, presença de sintomas sistêmicos; • Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton-Hicks, geralmente são discretas indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente por volta da 30ª semana. Também pode ter dor abdominal baixa 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente a manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); • Encorajar a fala dos sentimentos e expectativas; • Usar travesseiros e almofadas para apoiar a barriga; • Cuidados nutricionais, aumento da ingestão hídrica e bons hábitos alimentares para prevenir a constipação e flatulência; • Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro;

	<p>pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta (febre, sinais de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); • Presença de ITU; • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de trabalho de parto prematuro, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.
Edema	<ul style="list-style-type: none"> • No geral, surge no terceiro trimestre de gestação, resultando da ação dos hormônios esteróides dos ovários, da placenta e da supra-renal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica postural, atividade laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado com a deambulação; • Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. • Avaliar sempre a possibilidade de edema patológico em geral associado a hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia. • Ocorre com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional. • Atentar para sinais de alerta: edema limitado aos MMII, porém associada à hipertensão ou ganho de peso; edema generalizado; edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 minutos várias vezes ao dia; • Realizar exercícios rotatórios com o tornozelo; • Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos. Esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema; • Usar roupas leves, evitando roupas e calçados apertados que dificultam o retorno venoso; • Dieta normossódica e aumentar ingestão hídrica; • Realizar controle de pressão arterial e peso; • Se sinais de alerta, encaminhar para consulta médica.
Pirose/azia	<ul style="list-style-type: none"> • Devido às alterações hormonais ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar alimentação fracionada de 3/3 horas; • Evitar líquidos durante as refeições e deitar-se após as refeições;

	<p>intra-abdominal, aumento da pressão intra-peritoneal pelo crescimento uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presente na maioria das vezes durante toda a gestação, é mais observado no terceiro trimestre; ● Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia; ● Avaliar sempre: história clínica e uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; ● Elevar a cabeceira da cama ao dormir; ● Evitar fritura, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; ● Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.
Dor lombar e dor na região pélvica	<ul style="list-style-type: none"> ● As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problema em nervo ciático podem ser as causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. ● Avaliar sempre características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento). ● Sinais e sintomas associados (alerta para febre e mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico). ● História de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recomendar o uso de sapatos confortáveis, evitar saltos altos, recomendar aplicação de calor local e massagens; ● Recomendar acupuntura; ● Corrigir postura e movimentar-se devagar; ● Indicar atividades de alongamentos, relaxamento e orientação postural. ● Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar a coluna; ● Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; ● Realizar atividades de lazer para diminuir ansiedade e estresse; ● Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto; ● Encaminhar para fisioterapia se necessário; ● Se não melhorar as dores considerar prescrever paracetamol 750mg 6/6h por até 10 dias;
Cãibras	<ul style="list-style-type: none"> ● Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez; ● A causa pode ser associada a alguns fatores, dentre eles: estiramento da musculatura e da fáscia, e deficiente circulação dos músculos devido a pressão uterina; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar a ingesta de alimentos ricos em potássio (melão e banana); ● Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc); ● Realizar alongamentos específicos com orientação profissional;

		<ul style="list-style-type: none"> • Na gestação avançada devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência sentada por longo período, como viagens demoradas; • Nas crises, a grávida com câibras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagem nas pernas e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; • Evitar excesso de exercício físico e massagear músculo contraído e dolorido;
Síndrome do Túnel do Carpo	<ul style="list-style-type: none"> • Os sintomas são geralmente: sensibilidade, dormência e formigamento, podendo evoluir para dor. Como resultado da compressão do nervo mediano no túnel do carpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na maioria dos casos os sintomas se resolvem ao longo de um período de semanas, a meses após o parto; • Na suspeita desta condição encaminhar para avaliação médica.
Constipação intestinal e flatulência	<ul style="list-style-type: none"> • Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo e o tônus, aumentando o tempo de esvaziamento gástrico favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado; • Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras em especial as folhosas; • Aumentar a ingesta de água para 6 a 8 copos por dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja); • Evitar alimentos flatulentos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); • laxantes formadores de massa, como psyllium, até 1 colher de sopa 1 a 3 vezes ao dia (orientar aumento da ingesta hídrica). • Fazer caminhadas leves (se não forem contra-indicadas); • Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações); • Caso essas medidas não resolvam, avalie a necessidade do uso de medicamento; • Escopolamina (10mg) 8/8horas, para dor abdominal; • Supositório de glicerina.
Sialorreia	<ul style="list-style-type: none"> • A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente sobre desconforto; • Manter dieta semelhante a indicada para náuseas e vômitos;

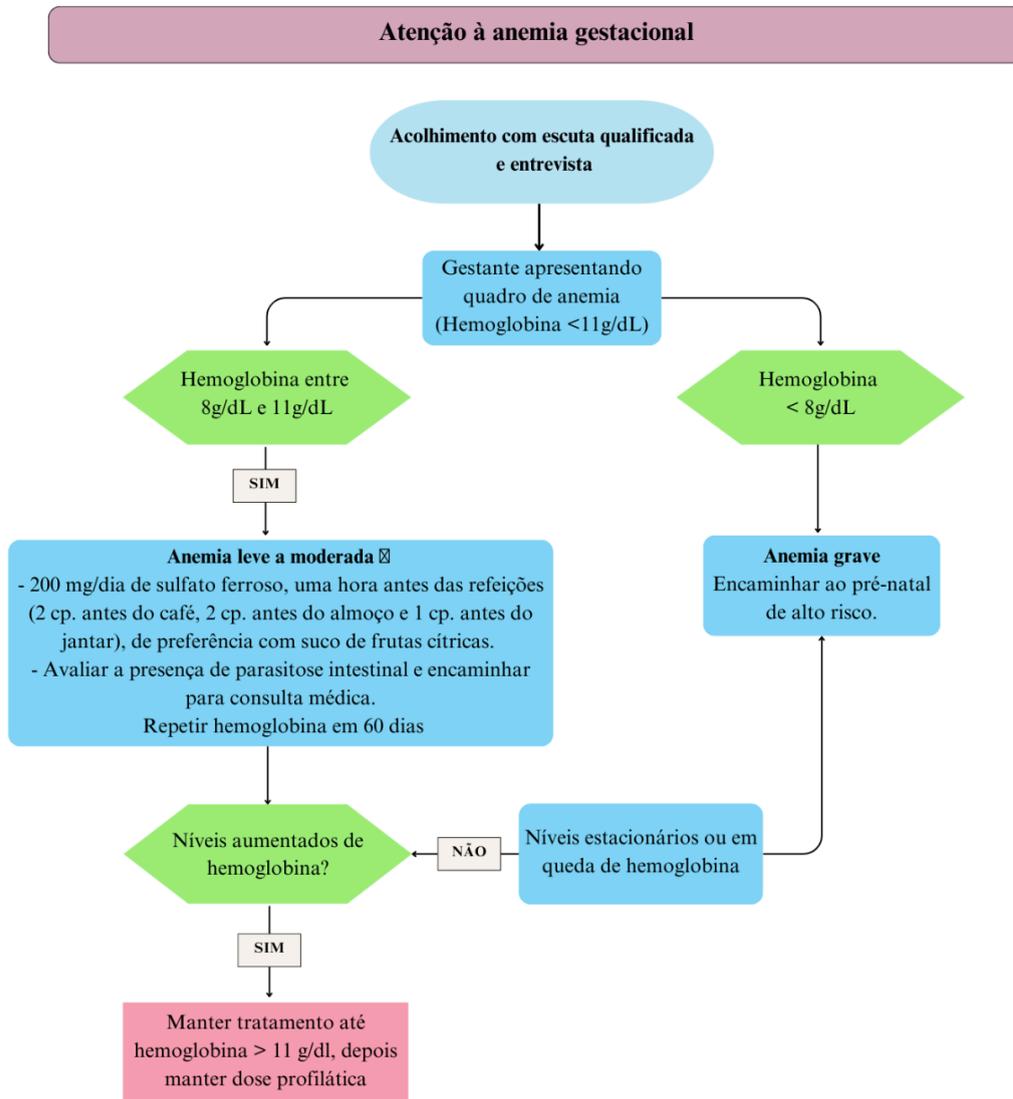
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância especialmente em épocas de calor;
Hiperpigmentação da pele, melasma gravídico	<ul style="list-style-type: none"> • Aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorrem em torno de 50 a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico, devido ao aumento dos hormônios melanina, estrogênio e progesterona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente eles desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto; • Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, sombrinha ou chapéu);
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> • Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório; • Atentar sempre as comorbidades e a história clínica da gestante; • Atentar para sinais de alerta: tosse, edema, história de asma, outras pneumopatias, sinais ou história de trombose venosa profunda (TVP), história de trauma recente e febre associada. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado realizar a ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alteração encaminhar para avaliação médica. • Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Elevar a cabeceira; • Se sinais de alerta, encaminhar para avaliação médica.
Hemorroidas	<ul style="list-style-type: none"> • O mais provável é que na gestação as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas; • É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e sobretudo no parto e pós-parto; • Avaliar aumento da intensidade da dor, endurecimento do botão hemorroidário e sangramento retal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o aumento da ingestão de líquidos e a dieta rica em fibras; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Se necessário, supositório de glicerina; • Em qualquer alteração se faz necessária avaliação médica.
Leucorreia	<ul style="list-style-type: none"> • O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que o fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; No entanto, realizar exame especular sempre que a gestante expressar queixa de fluxo vaginal aumentado.

	<p>premature, baixo peso ao nascer e ruptura prematura de membranas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sempre: se há queixas e mudanças no corrimento, coloração, presença de sintomas, associado com prurido, ardência, odor e outros; <p>Ver Fluxograma 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar calcinhas confortáveis de algodão, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre, se possível; • Fazer higiene íntima no sentido anteroposterior com sabão neutro; • Tratar caso necessário conforme capítulo das vulvovaginites.
Epistaxe e congestão nasal	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente fisiológicos, resultam de embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). • Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial, como os distúrbios de coagulação, nos casos de epistaxe). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever o uso de soro nasal com duas a quatro gotas em cada narina 3 a 4 vezes por dia ou suficiente para manter suas narinas úmidas; • Compressão com aplicação da compressa fria na base do nariz; • Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.
Estrias	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão dermatológica definitiva que aparece na segunda metade da gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado: orientar que são frequentes após 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdômen e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção. • Ainda que polêmica na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local com óleos e cremes compatíveis com a gravidez (livre de conservantes ou qualquer outro alergênicos); • Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação inclusive o uso de ácido retinóico.
Sangramento nas gengivas	<ul style="list-style-type: none"> • Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal. • Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; • Fazer uso de escova dental macia e suave; • Realizar bochechos com soluções antissépticas.

	distúrbios de coagulação, bem como, a síndrome de HELLP.	
--	--	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

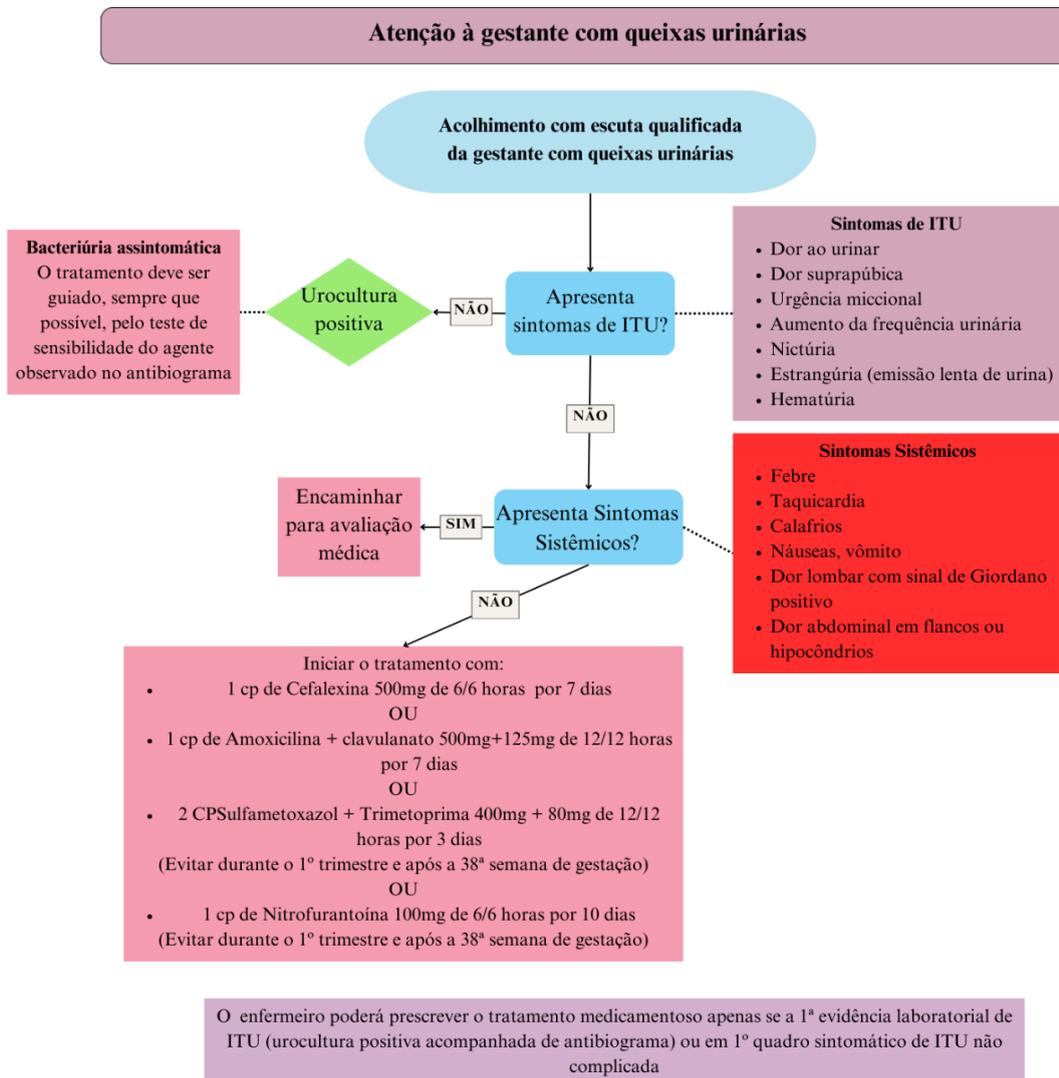
Fluxograma 7 – O que fazer na anemia gestacional



- A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.
- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- ☒ Tratamento: 4 a 6 comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

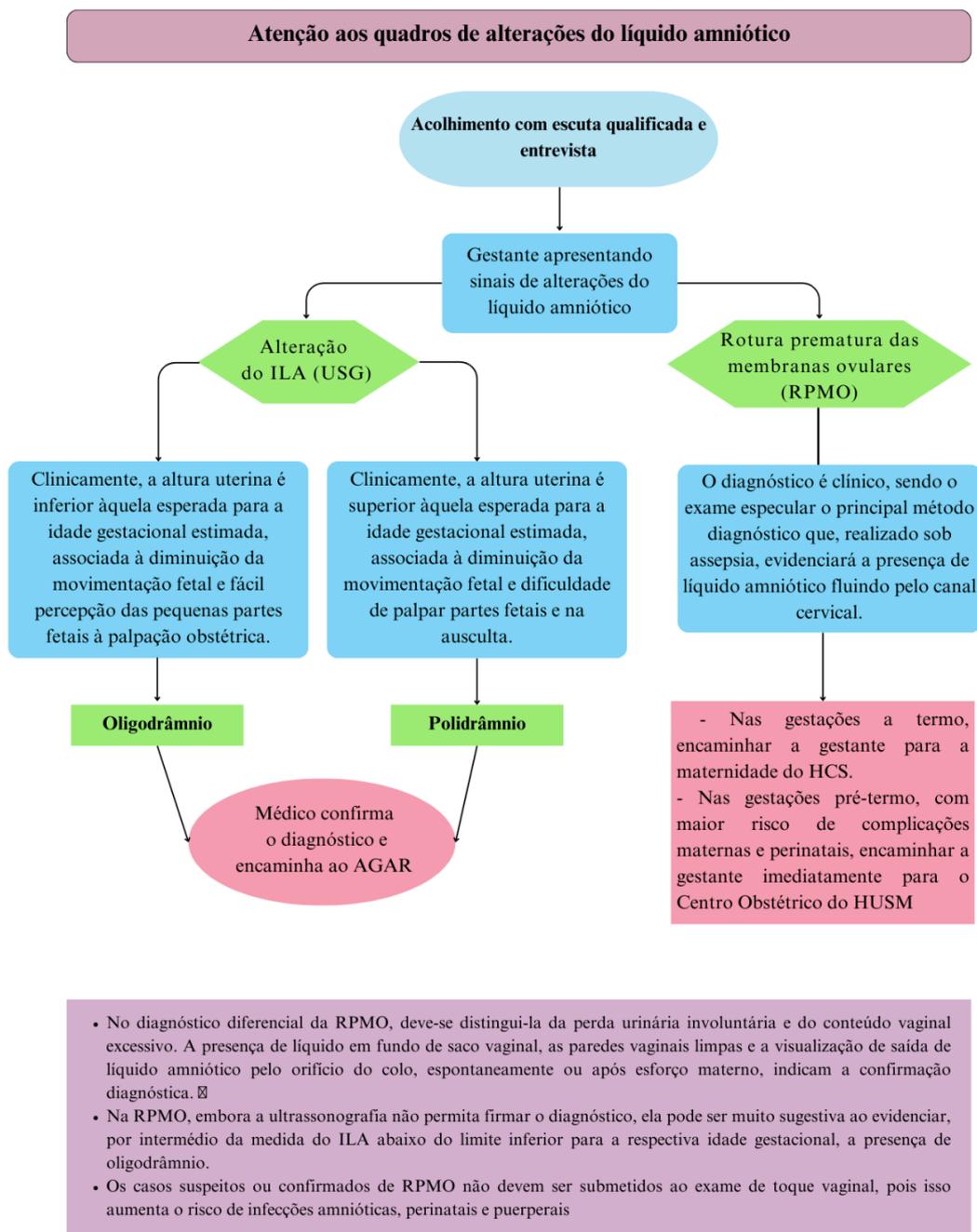
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

Fluxograma 8 – o que fazer nas queixas urinárias em gestantes



Fonte: Adaptado Coren RS, 2023, Coren SP, 2019, e Florianópolis, 2020

Fluxograma 9 - O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico



Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Quadro 36 – Imunização da gestante

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT / dTpa	Esquema vacinal desconhecido Não vacinada	3 doses	1ª dose: dT (em qualquer idade gestacional) 2ª dose: dT (após 60, ou, no mínimo 30 dias da 1ª dose) 3ª dose: dTpa (após 60, ou, no mínimo 30 dias da 2ª dose, a partir da 20ª semana).	Caso iniciado o esquema tardiamente para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa. A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores.
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma dTpa, a partir da 20ª semana.	
	Esquema com três doses de dT	Uma dose de dTpa	Administrar uma dose de dTpa, a partir da 20ª semana.	
	Vacinação completa	Uma dose de dTpa	Administrar uma dose de dTpa, a partir da 20ª semana.	
Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido; Não vacinada; HbsAg (-)	Três doses	1ª dose 2ª dose: após 30 dias da 1ª dose; 3ª dose: após 6 meses da 1ª dose.	Se esquema iniciado, completar com as doses faltantes.

	Esquema Incompleto	Completar Esquema	Conforme número de doses faltantes	
Influenza	Em qualquer período gestacional	Dose única	Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério (até 45 dias).
COVID 19	Em qualquer período gestacional e ou pós parto	2 doses anual	1 dose a cada 6 meses	Completar esquema conforme nº de doses faltantes

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2024c

Quadro 37- Atenção às intercorrências do pré-natal

INTERCORRÊNCIA	O QUE / COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER?
Abortamento	Ameaça de aborto; Abortamento em Curso; Aborto Infectado.	Encaminhar para avaliação médica e/ou ao hospital de referência obstétrica. Abortamento acima de 12 semanas e/ou com alteração hemodinâmica → Encaminhar para o CO - Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM Abortamento anembrionário, com paciente estável hemodinamicamente, abaixo de 12 semanas, morte embrionária ou ovo anembrionado → Encaminhar para Hospital Casa de Saúde (HCS).
Gravidez Ectópica	- História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; - Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; - USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotimia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.	Encaminhar para avaliação médica e ao CO - HUSM
Outras causas de sangramento	Doença Trofoblástica Gestacional; Descolamento Corioamniótico;	Encaminhar para avaliação médica e ao CO - HUSM.

<p>Descolamento Prematuro da Placenta (DPP)</p>	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; - Sangramento vaginal que pode variar de discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); - Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Na fase inicial, ocorre taqui-hipersistolia (contrações muito frequentes, mais de cinco em dez minutos, e intensas), seguida de hipertonia uterina e alterações dos batimentos cardíacos fetais; - Útero, em geral, encontra-se hipertônico doloroso, sensível às manobras palpatórias; - Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; - Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. 	<p>Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao CO- HUSM.</p>
<p>Placenta Prévia</p>	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangramento vaginal, súbito de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revela volume e tônus uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; - Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; - O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. 	<p>Referenciar a gestante para o pré-natal de alto risco - Ambulatório de Gestação de Alto Risco - HUSM. *Observar condições do Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)</p>

	<p><i>No exame ultrassonográfico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; - Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo. 	
Trabalho de Parto Prematuro (TPP)	<p><i>Caraterísticas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Corresponde à contratilidade uterina com modificações cervicais, em IG entre 22 semanas e 37 semanas. - O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais. - Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar interconsulta com o médico da unidade. - O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para o CO- HUSM.
Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia	<p><i>Hipertensão Arterial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge ≥ 140mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos 4 horas; <p><i>Hipertensão prévia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnosticada antes de 20 semanas de gestação sem manifestação de sinais e sintomas relacionados a pré eclâmpsia, sem lesões de órgão alvo e ausência de proteinúria <p><i>Pré-eclâmpsia:</i></p>	<p><i>Na hipertensão arterial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para atendimento médico. - Referenciar ao pré-natal de alto risco (AGAR - HUSM). <p><i>Na pré-eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Referenciar gestante ao centro obstétrico do HUSM e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco (AGAR - HUSM). <p><i>Na eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Referenciar ao CO HUSM.

	<p>- Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Realizar teste rápido de proteinúria disponível nas unidades de saúde.</p> <p><i>Eclâmpsia:</i> Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.</p>	
Diabetes gestacional Mellitus	<p>Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.</p> <p>Diagnóstico de DMG – ao menos um valor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejum: 92 a 125 mg/dL • 1ª hora: > 180 mg/dL • 2ª hora: 153 a 199 mg/dL 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para atendimento médico. - Encaminhar para nutricionista; - Referenciar ao AGAR-HUSM; - Para monitorização glicêmica no domicílio, a gestante poderá retirar, em comodato, glicosímetro e fitas, na Farmácia Municipal, mediante laudo médico.
Alterações do Líquido Amniótico	<ul style="list-style-type: none"> - Polidrâmnio - Oligodrâmnio <p>Amniorrexe prematura: Refere-se à ruptura das membranas fetais antes do início das contrações uterinas regulares - Ruptura Prematura das Membranas (PRM). Pode ocorrer a termo (≥ 37 semanas de gestação) ou prematuro (≤ 37 semanas de gestação). O diagnóstico de RPM é baseado em uma história característica (ou seja, vazamento de líquido por vagina). Muitas pacientes descrevem o vazamento de apenas pequenas quantidades de líquido de forma contínua ou intermitente e algumas apenas descrevem uma sensação de umidade anormal da vagina ou do períneo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar altura uterina (inferior ou superior para IG correspondente). - O exame de toque vaginal deve ser evitado, pois pode diminuir o período de latência (ou seja, o tempo desde a RPM até o parto) e aumentar o risco de infecção intrauterina. - Encaminhar para avaliação médica imediata e/ou para o hospital de referência obstétrica.

<p>Gestação Prolongada ou pós-datismo</p>	<p>Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.</p>	<p>Sem sinais de início de trabalho de parto, bom estado geral e sem alterações de batimentos cardíacos fetais → encaminhar para o maternidade HCS ao completar 41 semanas gestacionais para indução de trabalho de parto.</p>
<p>Arboviroses</p> <p>As arboviroses transmitidas pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> constituem-se como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Para dengue, chikungunya e Zika existem registros de transmissão vertical em humanos. Em relação à dengue, os relatos dessa via de transmissão são raros. No chikungunya, a transmissão perinatal pode ocorrer em caso de gestantes virêmicas, antes da 22ª semana de gestação, muitas vezes provocando infecção neonatal grave. Em relação ao Zika, a</p>	<p>Dengue: a primeira manifestação é a febre, geralmente acima de 38°C, de início abrupto e com duração de dois a sete dias, associada a cefaleia, astenia, mialgia, artralgia e dor retroorbitária. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem se fazer presentes. As lesões exantemáticas, presentes em grande parte dos casos, são predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, não poupando regiões palmares e plantares; - Os riscos para a mãe infectada estão principalmente relacionados ao aumento de sangramento de origem obstétrica e às alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença. Gestantes com sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou histórico de febre nos últimos sete dias; - Com relação ao binômio materno-fetal, como ocorre transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre. Existe também uma incidência maior de baixo peso ao nascer em mulheres que tiveram dengue durante a gravidez.</p> <p>Chikungunya: na primeira fase, febril, é caracterizada por febre alta de início súbito (>38,5° C) e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dorsalgia,</p>	<p>- Realizar notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.</p> <p>Dengue: as gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue, encaminhar para consulta médica. Estimular a hidratação oral. Monitorar com observação rigorosa, independente da gravidade, atentando aos riscos para mãe e concepto e orientando para o reconhecimento precoce dos sinais de alarme.</p> <p>Chikungunya: encaminhar para consulta médica. Estimular a hidratação oral. Orientar que não há risco de transmissão pelo aleitamento materno. É importante o acompanhamento diário das gestantes com suspeita de Chikungunya e caso sejam verificadas situações que indiquem risco de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, é necessário o acompanhamento em hospital de referência obstétrica.</p>

<p>transmissão vertical pode ocorrer em diferentes idades gestacionais e resultar em amplo espectro de malformações no feto ou aborto.</p>	<p>exantema, cefaleia, mialgia, fadiga e rigidez articular matinal, com duração variável;</p> <p>- A infecção não modifica o curso da gravidez. Não há evidências de efeitos teratogênicos, embora haja raros relatos de abortamento espontâneo. Mães acometidas por chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus aos recém-nascidos no momento do parto. As formas graves são mais frequentes nos recém-nascidos, como surgimento de complicações neurológicas, hemorrágicas e acometimento miocárdico. As infecções perinatais podem levar a sequelas neurológicas, com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor ou óbito.</p> <p>Zika: a infecção pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, pode apresentar quadro clínico variável, desde manifestações brandas e autolimitadas até complicações neurológicas e malformações congênicas; - Gestantes infectadas, mesmo as assintomáticas, podem transmitir o vírus ao feto. Essa forma de transmissão da infecção pode resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou malformações congênicas</p>	<p>Zika: encaminhar para consulta médica. Estimular a hidratação oral. Orientar que o risco potencial da transmissão vertical é superado pelo benefício do aleitamento materno. Recomendar que retorne imediatamente ao serviço de saúde em casos de sensação de formigamento de membros ou alterações do nível de consciência;</p> <p>- Gestantes com suspeita de Zika devem ser acompanhadas conforme: Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no Âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS (BRASIL, 2017b).</p> <p>- Anti-inflamatórios não esteroides e os corticosteroides não devem ser utilizados na fase aguda das doenças. Ácido acetilsalicílico também é contraindicado nas fases agudas, pelo risco de síndrome de Reye e de sangramento.</p>
<p>Covid-19</p> <p>As gestantes infectadas com SARS-CoV-2 podem ser assintomáticas ou sintomáticas. As sintomáticas parecem ter um risco aumentado de desenvolver sequelas graves de Covid-19 em comparação com</p>	<p>Síndrome gripal Covid-19: quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais ou sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos e sintomas gastrointestinais;</p> <p>- Sinais e sintomas de Covid-19 durante a gravidez são geralmente semelhantes aos de mulheres não grávidas.</p> <p>- Até o momento as evidências indicam que a transmissão intraútero é rara, as taxas de aborto espontâneo e anomalias congênicas não parecem aumentar em gestações afetadas pela Covid-19;</p>	<p>- Avaliar clinicamente para sintomas gripais todas as gestantes.</p> <p>- Assintomáticas: com infecção confirmada ou provável por SARS-CoV-2, orientar isolamento domiciliar e automonitoramento do surgimento de sintomas de Covid-19. Sugere-se seguir o pré-natal de rotina e pode-se utilizar teleconsulta até a suspensão do isolamento.</p> <p>- Sintomáticas: avaliar fatores de risco para sintomas graves e identificar outras comorbidades que podem complicar. Os cuidados domiciliares geralmente são</p>

<p>mulheres em idade reprodutiva não grávidas infectadas. Elas também podem ter maior risco de desenvolver algumas complicações na gravidez (por exemplo, parto prematuro).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A transmissão vertical pode ocorrer durante o parto e durante a amamentação; - A transmissão pós-natal pode ocorrer pela ingestão de leite materno, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que os benefícios do aleitamento materno superam largamente o baixo risco da transmissão vertical. Ainda, o maior risco de transmissão pós-natal ocorre pelo contato de uma mãe infectada (ou outro cuidador) para o bebê por meio de secreções respiratórias ou outras secreções infecciosas. 	<p>de suporte, semelhantes aos recomendados para outras doenças virais agudas. Orientar hidratação, repouso adequado e retomada das atividades físicas conforme tolerância. Sugere-se realizar monitoramento semanal (podendo ser teleatendimento, visita domiciliar ou consulta na unidade), para acompanhamento da evolução da doença. - Sinais de alerta: piora da dispneia, frequência respiratória ≥ 30 respirações/minuto, saturação de oxigênio (SpO₂) <94%, febre persistente >39°C, incapacidade de tolerar hidratação oral e medicamentos, dor torácica pleurítica persistente, confusão ou outras alterações mentais, complicações obstétricas (por exemplo, contrações prematuras, sangramento vaginal, ruptura de membranas) e movimento fetal diminuído. Na presença desses sinais, encaminhar para o hospital de referência obstétrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar às mulheres que planejam engravidar ou que estão grávidas a vacinação contra a Covid-19 e que recebam doses de reforço, quando elegíveis.
---	--	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016; COREN, 2024.

Quadro 38 – Interpretação de resultados de ultrassonografia do pré-natal de risco habitual

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E CONDUTAS
1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Quando indicada a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação acurada da idade gestacional, reduzindo desta forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. • Datação da idade gestacional por ultrassonografia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deve ser baseada na primeira USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; ✓ Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro do cálculo da idade gestacional pelo uso da USG em comparação com a DUM confiável. No primeiro trimestre o desvio esperado do cálculo da idade gestacional é de 3 a 7 dias (aumentando o intervalo, o número de dias e quanto maior a idade gestacional). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. • Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no 1º trimestre, mas se for considerado seguir os seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nugal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita a disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após o esclarecimento de implicação do exame, indicação limitações, riscos de falsos-positivos e falsos negativos (grau de recomendação B). ✓ De acordo com a Lei nº 14.598 de 14 de junho de 2023, toda a gestante deve realizar pelo menos duas ultrassonografias obstétricas durante o primeiro quadrimestre de gestação (BRASIL, 2023a).
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Em revisão sistemática disponibilizada pela Biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da Ultrassonografia de rotina em gestações de baixo habitual após a 24ª semana de gravidez (Grau de recomendação A). • Em caso de suspeita de alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da altura do fundo uterino está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

Quadro 39 – Sinais de alerta na gestação

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

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

6.3 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

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

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

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

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

Quadro 40 – Conduta em caso de sífilis reagente na gestação

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	DEFINIÇÃO	TRATAMENTO
Sífilis Primária	Casos em que se identifica o cancro duro, que é um nódulo indolor único no local de contato do <i>Treponema</i> .	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, dose única (1.200.000 UI em cada glúteo) Via: IM.
Sífilis Secundária	Caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas sistêmicos da infecção, como máculas, pápulas e	

	lesões eritemo-escamosas, em regiões como tronco, mãos e pés.	
Sífilis Latente Recente	Quando o usuário não apresenta nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, nos primeiros dois anos de infecção.	
Sífilis Latente Tardia	Quando o usuário não apresenta nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, após dois anos de infecção.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, semanal (1.200.000 UI em cada glúteo)
Sífilis Terciária	Considerada quando há o acometimento do sistema nervoso, cardiovascular e ósseo.	Duração: 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI Via: IM
<p>Lembramos que a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre no estágio de latência da sífilis, já que esses exames geralmente ocorrem durante a rotina do pré-natal e nem sempre a cronologia do tempo de infecção é bem determinada.</p> <p>Portanto, diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), classifica-se e trata-se como sífilis latente tardia, cujo esquema terapêutico é:</p> <p>Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas Dose total: 7,2 milhões UI.</p> <p>O intervalo ideal entre as doses é de 7 (sete) dias. Em gestantes que apresentem intervalo entre as doses superior a 9 (nove) dias é necessário reiniciar o esquema terapêutico.</p>		

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2022.

6.4 CONSULTA PRÉ-PARTO COM ACOMPANHANTE DE PARTO

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

A gestante deve escolher um(a) acompanhante que saiba de suas escolhas, as apoie e traga tranquilidade para o momento do parto.

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

Quadro 41 - Diagnósticos de enfermagem no Pré-Natal de Risco Habitual

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
CIPE	Respiração, Prejudicada; Sensibilidade nas Mamas Constipação; Fadiga; Desenvolvimento Fetal, Eficaz; Hemorroida; Náusea; Cãibras nas pernas; Sobrepeso; Baixo Peso; Dor; Pirose (Azia); Edema Periférico; Frequência Urinária; Vômito; Descarga (ou Fluxo) Vaginal, Excessiva; Imagem Corporal, Perturbada; Problema de Emprego; Imagem Corporal, Perturbada Humores Lábeis; Medo; Risco de Enfrentamento Familiar, Prejudicado; Risco de Humor, Deprimido; Ansiedade; Disposição (ou Prontidão) para Parentalidade, Eficaz Disposição (ou Prontidão) para Processo Familiar, Positivo Físico, Prejudicado Sono, Prejudicado; Inquietação Risco de Queda Sono, Prejudicado; Inquietação; Falta de conhecimento da gravidez;	Falta de Conhecimento sobre Parentalidade; Falta de Conhecimento sobre Desenvolvimento Fetal; Falta de Conhecimento sobre Parto (ou Nascimento); Falta de Conhecimento sobre Alimentação Infantil; Falta de Conhecimento sobre Saúde durante Viagem; Falta de Conhecimento sobre Cuidados com Bebê (ou Lactente); Dor, Abdominal; Contrações Uterinas, Alteradas; Pressão Arterial, Alterada; Vertigem Postural (Tontura); Hiperglicemia; Hipoglicemia; Hiperêmese; Integridade da Pele, Prejudicada; Perfusão Tissular, Ineficaz; Infecção; Condição Nutricional, Prejudicada; Desenvolvimento Fetal, Prejudicado; Sangramento Vaginal; Risco de Exposição a Tabagismo Secundário (Passivo) Risco de Infecção; Falta de Suprimento de Alimentos Dor Lombar Cefaleia Risco de Complicações durante a gravidez Risco de desenvolvimento fetal prejudicado

Fonte: ICN, 2017

6.5 PARTICIPAÇÃO DA PARCERIA NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Após a confirmação da gravidez, dá-se início à participação do pai/parceiro(a) nas rotinas de acompanhamento da gestante. Segundo o "Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde", do Ministério da Saúde, este processo é composto pelos seguintes passos (adaptado):

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

2º passo - Realizar a anamnese, exame físico, testes rápidos e solicitar exames de rotina: é importante incluir o pai/parceiro(a) na promoção e ampliação do acesso ao serviço, aos insumos de prevenção e ao diagnóstico.

Exames e procedimentos sugeridos:

- 1 - Tipagem sanguínea e fator RH (no caso de a mulher ter RH negativo);
- 2 - Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), na falta de teste rápido;
- 3- Teste de VDRL para detecção de Sífilis, na falta de teste rápido ou teste rápido positivo;
- 4 - Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- 5 - Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti HCV), na falta de teste rápido;
- 6 - Hemograma;
- 7 - Lipidograma: dosagem de Colesterol HDL, dosagem de Colesterol Total, dosagem de Triglicerídeos;
- 8 - Dosagem de glicemia;
- 9- Eletroforese da hemoglobina;
- 10 - Aferição de Pressão Arterial;
- 1011- Verificação de peso e altura para cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal).

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

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

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

5º e 6º passos - Participar ativamente do pré-parto, parto, puerpério e cuidados com a criança: esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, incentivar a amamentação, a dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe.

7º passo - Registro do atendimento: Registrar no sistema SIGSS-MV os procedimentos: consulta pré natal do parceiro, os testes rápidos e outros que forem realizados (Brasil, 2023b).

6.6 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO

Quadro 42 – Consulta Puerperal

O QUE FAZER?	COMO FAZER?
<p>Avaliação Global</p>	<p>Entrevista – puerpério imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidades de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, informações sobre a alta do recém-nascido (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). ● Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, avaliar presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações. ● Em caso de parto via abdominal (cesariana), avaliar sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória. <p>Atentar para os sinais de alerta: febre, sangramento vaginal anormal, dor pélvica, infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas com sinais de mastite. Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica.</p> <p>Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar mamas e mamilos ● Examinar abdome: <ul style="list-style-type: none"> - Condição uterina; - Dor à palpação; - Aspecto da ferida operatória (se parto cesariana). ● Examinar períneo e genitais externos: <ul style="list-style-type: none"> - Verificar presença e características dos lóquios; - Avaliar as condições das cicatrizes de laceração ou episiotomia;
<p>Plano de cuidado materno</p>	<p>Abordagem Integral – Puerpério Imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios; - Orientar cuidados com as mamas; - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada; - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio; - Compartilhar cuidado – Atentar para sofrimento mental, apoiar a família e articular outras redes de apoio psicossocial, quando necessário; - Atualizar calendário vacinal da mulher dT/dTPa (até 45 dias pós parto), COVID, Influenza e tríplice viral, quando necessário;

	<ul style="list-style-type: none"> - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato; - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo; - No puerpério tardio orientar, recomendar e prescrever métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da usuária. - Orientar exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular - Puerpério imediato (1 o ao 10 o dia após o parto): <ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento da criança. • Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal. <p>Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura.</p> <p>Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puerpério tardio (11o ao 45 o após o parto): <ul style="list-style-type: none"> • Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia). • A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transverso, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal. - Puerpério remoto (do 45 o dia em diante): <ul style="list-style-type: none"> • Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera. <ul style="list-style-type: none"> - Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio - Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de
--	---

	<p>preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado. Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades – puerpério imediato e tardio - Em caso de comorbidades (como hipertensão gestacional, DMG, entre outros) encaminhar para consulta médica se necessário.
--	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

6.6.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PUERPÉRIO

O puerpério corresponde a um momento importante, quando a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Deste modo, os riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico aumentam em face das preocupações, dos anseios e dos planejamentos realizados e sentidos pela puérpera. As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher (SMS-RECIFE, 2022). Em relação ao risco para manifestar algum sofrimento psíquico no puerpério, os enfermeiros devem estar atentos para os seguintes fatores de risco (RIO DE JANEIRO, 2021):

- mães jovens (< 25 anos);
- mães solo;
- rede de apoio frágil ou inexistente;
- multiparidade;
- história familiar de depressão pós-parto ou doença psiquiátrica;
- violência doméstica e história de abuso físico ou sexual;
- gestação indesejada;
- medo do parto;
- complicações na gestação;
- insatisfação com a imagem corporal;
- traços de personalidade neurotíca;
- transtornos e sintomas ansiosos no período perinatal;
- distúrbios de sono no período perinatal;
- desfechos negativos gestacionais e neonatais;
- dificuldades ou cessação de amamentação;
- dificuldades no cuidado da criança - criança com cólicas ou com dificuldade de sono.

É importante que o cuidado puerperal inclua a triagem de rotina para depressão e ansiedade usando uma ferramenta validada, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo de 10 itens (Anexo 3).

A aplicação adicional da escala em outras consultas de acompanhamento pós-parto para avaliação deve ser considerada em mulheres com alto risco de transtornos de humor pós-parto, como mulheres com histórico prévio de depressão, ansiedade, transtorno bipolar, depressão pós-parto ou outras condições psiquiátricas que requerem tratamento. Esta escala é uma ferramenta de triagem e, portanto, não se destina a fazer um diagnóstico: se a pontuação ≥ 11 , o enfermeiro deve encaminhar a puérpera para avaliação médica ou psicológica se disponível no município. Mulheres que

relatam sintomas depressivos sem ideação suicida ou grande comprometimento funcional, se a pontuação for entre 5 e 9, devem ser reavaliadas dentro de um mês (VIGUERA, 2023). A seguir destacamos as três principais formas de sofrimento psíquico que podem ocorrer com as puérperas após o nascimento do bebê (SMS-RECIFE, 2022; VIGUERA, 2023).

Baby blues (também chamada de tristeza puerperal): caracteriza-se por vários sintomas depressivos leves: choro fácil, exaustão, flutuação de humor, irritabilidade, tristeza, dificuldade de concentração e ansiedade. Os sintomas geralmente se desenvolvem dentro de dois a três dias após o parto, atingem o pico nos próximos dias e se resolvem dentro de duas semanas após o início, principalmente se houver uma rede de apoio (família, amigos, profissionais da saúde). O enfermeiro deve realizar uma escuta ativa da puérpera; é importante admitir que a mulher expresse seus temores, queixas e ansiedades, investigar também a trajetória e possíveis causas que possam levá-la à depressão, acionar a rede de apoio desta mulher, além de compartilhar o cuidado desta usuária com dispositivos da RAPS disponíveis no município.

Depressão puerperal (também chamada de depressão pós-parto): transtorno moderado a severo, considerado o transtorno psiquiátrico mais importante no período pós-parto em virtude da alta taxa de prevalência, em torno de 10 a 20%, na maioria dos estudos. Para diagnóstico diferencial, os sintomas do baby blues são geralmente autolimitados e se resolvem dentro de duas semanas após o início, já a depressão puerperal exige que os sintomas devam estar presentes por pelo menos duas semanas. Cinco ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes, pelo menos 1 dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse em atividades prazerosas, associado a quatro entre os demais sintomas: alteração do apetite; distúrbios do sono; fadiga; agitação ou retardo psicomotor; concentração diminuída; pensamentos de morte, ideação ou tentativa de suicídio. Na presença destes sintomas, encaminhar para avaliação médica e/ou psicológica se disponível na Rede.

Transtorno psicótico puerperal: As psicoses pós-parto são menos comuns do que a depressão, mas são transtornos graves e potencialmente fatais. Caracteriza-se pelo distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves de início abrupto nas duas ou três semanas após o parto, que pode apresentar como sintomas: confusão mental, alucinações ou 150 delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia; sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas. As formas de sofrimento mental puerperal devem ser diagnosticadas e assistidas precocemente, a fim de auxiliar numa relação mãe-bebê satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Em geral, as alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal. Na presença destes sintomas, encaminhar para avaliação médica e/ou psicológica se disponível na Rede. Cabe destacar aos enfermeiros a relevância de envolver o pai/parceria, além da rede familiar e de apoio da mulher como participantes ativos do puerpério e fortalecer a ajuda mútua e compreensão destes. Por todos esses motivos, é de suma importância que a parceria e a rede familiar façam parte de todo o processo, desde os atendimentos de pré-natal. O apoio emocional da parceria da mulher durante a gravidez contribui de forma importante para o seu bom curso e para adaptação da mulher à nova condição (SMS/RIO DE JANEIRO, 2021).

6.6.2 SEXUALIDADE NO PUERPÉRIO

Considerada um fenômeno complexo, a sexualidade possui determinantes variados, podendo a relação sexual ser motivada por diversos fatores: psicológicos, socioculturais e relacionais.

No período puerperal, o déficit de estrogênio e progesterona, associado ao aumento da prolactina, causam redução do desejo sexual e da lubrificação vaginal, o que pode justificar a insatisfação em relação à resposta sexual.

Além dos fatores hormonais, o puerpério costuma se traduzir em um período de maior sobrecarga física, mental e emocional, mudanças na rotina, na interação relacional com a parceria e na autopercepção da imagem corporal (SIQUEIRA; MELO; MORAIS, 2019).

O profissional enfermeiro deve dar espaço para que a puérpera e a parceria, se presente, exponham suas dúvidas referentes à sexualidade durante a consulta puerperal, visto que dúvidas e queixas abordadas neste momento podem se traduzir em fenômenos facilitadores ou limitadores da prática sexual.

O tempo ideal para retomada da atividade sexual com coito ou não, deve ser baseado principalmente no desejo da mulher, visto sua situação de vulnerabilidade no período (SMS-RECIFE, 2022).

Problemas sexuais, incluindo baixo desejo e dispareunia, são comuns durante o período pós-parto (SHIFREN, 2022). É importante que o profissional avalie se a dispareunia não está associada a demais sintomas, como leucorreia ou sangramento.

No geral, o retorno à atividade sexual é retomado em cerca de seis a oito semanas após o parto, caso não haja alterações no períneo que impeçam isto. Mulheres que apresentem maiores dificuldades em retomar a vida sexual habitual até três meses após o parto devem ser avaliadas, levando-se sempre em conta aspectos físicos, emocionais e relacionais (BERKOWITZ; FOUST-WRIGHT, 2023).

7 ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. O leite materno é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoativas. A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor (BRASIL, 2016).

7.1 TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. É neste período que mais ocorrem as intercorrências relacionadas a esse processo, que se não forem detectadas e tratadas podem interrompê-la precocemente. Todo profissional de saúde que presta assistência a mães e bebês deve saber avaliar uma mamada.

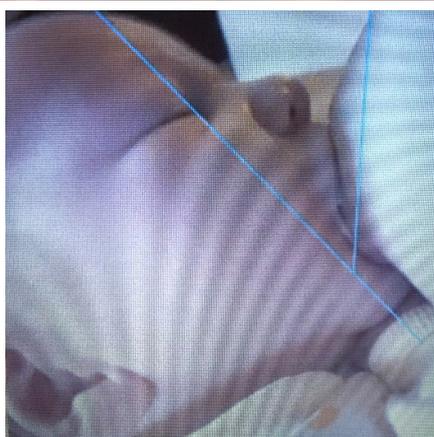
A seguir, os principais itens que o profissional deve observar na análise de uma mamada (FLORIANÓPOLIS, 2020):

Quadro 43 – Principais itens a serem observados na mamada

POSIÇÃO CORRETA	PEGA CORRETA
<ul style="list-style-type: none">• O tronco do bebê deve estar virado para quem amamenta;• A cabeça do bebê deve estar apoiada no antebraço ou suportada pelas mãos de quem amamenta;• Cabeça do bebê deve estar levemente inclinada para trás;• A lactante deve dar contenção ao corpo do bebê;• O mamilo deve ficar na altura do nariz do bebê;• Conte com o uso de almofadas para delimitar o corpo do bebê e evitar reflexos.	<ul style="list-style-type: none">• O bebê deve abocanhar a maior parte da aréola possível;• A pega é assimétrica, pega mais da porção inferior da aréola do que da superior;• O lábio inferior deve estar CONFORTAVELMENTE evertido;• O lábio superior está pousado sobre a mama;• O queixo do bebê deve estar longe do seu peito e tocar a mama da mãe;• O ângulo dos lábios deve ser o maior possível;

Fonte: Adaptado de FLORIANÓPOLIS, 2020

Figura 3 – Posicionamento e pega correta do bebê no seio materno



Fonte: Global Health Media Project, 2015

Quadro 44 - Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação

QUEIXA	POR QUE OCORRE	MANEJO
<p>O bebê não suga ou tem sucção fraca</p>	<p>Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a sucção fraca pode estar associada ao uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao ser posicionado (posicionamento incorreto) para mamar.</p> <p>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 desfavoráveis para a amamentação.</p>	<p>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;</p> <p>Sucção deficiente do bebê pode ser secundária ao uso de bicos e chupetas, se for o caso, devem ser suspensos;</p> <p>Estimular a mama no mínimo cinco vezes ao dia, por meio da ordenha manual.</p> <p>Realizar teste de flexibilidade areolar.</p>
<p>O leite demora a descer</p>	<p>Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura).</p>	<p>Deve-se tranquilizar a mulher, informando sobre a presença do colostro.</p> <p>Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea.</p> <p>Estimular a autoconfiança da mãe.</p> <p>Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha.</p> <p>A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama.</p>
<p>Pouco leite ou leite fraco</p>	<p>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.</p> <p>No entanto, algumas vezes, a percepção da mãe de que tem pouco leite é correta. Ela sente a mama murcha (flácida). A</p>	<p>Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros);</p> <p>Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar);</p> <p>Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas;</p> <p>Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos;</p> <p>Aumentar a frequência das mamadas;</p>

	constatação pode ser feita pelo acompanhamento do peso do bebê, se ele estiver com ganho de peso inadequado, a preocupação da mãe será pertinente.	
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), colher de chá 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 a 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 750 mg 6/6 horas.

<p>Lesões ou dor nos mamilos</p>	<p>Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas e equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido à pega e posicionamento inadequados. Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua excessivamente curto), uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado.</p>	<p>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 a sucção seja realizada com muita força); Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evitar 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; Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa; Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.</p>
<p>Mastite</p>	<p>É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos das mamas, geralmente, unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e ocorre com mais frequência na segunda ou terceira semana após o parto, mas pode surgir em qualquer período da amamentação. O leite acumulado e o dano tecidual favorecem a instalação da infecção. A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa. A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral.</p>	<p>Mastite não infecciosa - Dor, edema, hiperemia e calor local. Mesmo manejo do ingurgitamento patológico; Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares.</p> <p>Mastite infecciosa - Dor, hiperemia, edema, calor local, febre (>38°C), calafrios e mal-estar. Consulta médica, no mesmo dia. Não suspender o aleitamento.</p>
<p>Abcesso Mamário</p>	<p>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</p>	<p>Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta de instalação súbita, sensação de mal estar geral;</p>

	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.	Se dor ou febre, orientar Paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU Ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas. Consulta médica no mesmo dia.
Candidíase/monilíase e (infecção da mama por <i>Cândida sp</i>)	A infecção da mama no puerpério por <i>candida sp</i> é comum. A infecção pode atingir somente a pele do mamilo ou da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Pode ser causada pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos pela mulher, contraceptivos orais e esteróides. Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente. Na infecção por <i>candida sp</i> , a mulher costuma queixar-se de prurido, sensação de queimadura e dor tipo agulhadas nos mamilos. Os mamilos e aréolas podem apresentar a pele avermelhada, brilhante ou irritada com descamação. Raramente se observam placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).	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 ml com conta-gotas ou 0,5 ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período. Observação: um grande número de espécies de <i>cândida sp</i> é resistente à 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.	Em caso de suspeita de anquiloglossia, encaminhar para o CBO Cirurgia Buco Pediátrica, via Gercon

Fonte: COREN-SC, 2020.

7.2 SUSPENSÃO DO ALEITAMENTO MATERNO - CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS E RELATIVAS

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. Assim, não se justifica, na maioria das vezes, a interrupção da amamentação impedindo desnecessariamente que mãe e criança usufruam dos benefícios do aleitamento materno. A indicação para a interrupção da amamentação deve ser criteriosamente indicada com segurança pelo profissional de saúde (BRASIL, 2016).

Quadro 45 - Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno

CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA	CONDUTA DO ENFERMEIRO	JUSTIFICATIVA
Infecção por HIV ou HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da Hepatite B	Manter o aleitamento materno	A administração da Imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da Hepatite C	Geralmente o aleitamento não é contraindicado, exceto se fissuras mamilares ou carga viral elevada.	Possibilidade de transmissão para o bebê.
Doença de Chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê
Em tratamento farmacológico	Alguns fármacos são considerados contra indicados (absolutos ou relativos) ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Se a mãe estiver em uso de algum	Possíveis efeitos colaterais e/ou tóxicos para o bebê.

	medicamento destes ou outro que possa ter relação semelhante, encaminhar a mãe ao médico para avaliação e conduta.	
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê. Encaminhar a puérpera para Centro de Atenção Psicossocial- álcool e drogas (CAPs AD).	Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Desencorajar o uso de cigarro e bebida alcoólica. Manter o aleitamento materno.	Nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Tuberculose pulmonar	Manter o aleitamento. A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e 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.
Infecção herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há risco de transmissão da mãe para o bebê.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

7.3 LEGISLAÇÕES

Conforme BRASIL (1988), artigo 7º, inciso XVII, é direito da puérpera 120 dias de licença maternidade sem prejuízo do emprego e do trabalho. O artigo 10º das disposições transitórias veda a dispensa sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto. Esses benefícios podem ser estendidos em convenções coletivas, conforme a lei 11.770/2008 que ampliou a licença maternidade para seis meses de forma facultativa tanto para trabalhadoras da esfera privada como da pública (BRASIL, 2008). Além disso, durante a gestação, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabelece que a gestante tem direito a, no mínimo, 6 afastamentos para realização de consultas, mas não estabelece um limite (BRASIL, 2017,a).

O artigo 396 da CLT prevê: para amamentar o próprio filho até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um, que não irão de confundir com os intervalos normais do seu repouso e alimentação. Quando a saúde do bebê exigir, o período de seis meses poderá ser aumentado, a critério médico (BRASIL, 2017).

7.4 ORIENTAÇÕES PARA ARMAZENAMENTO DE LEITE MATERNO ORDENHADO

7.4.1 PREPARO DOS FRASCOS/UTENSÍLIOS/EMBALAGENS PARA COLETA

O frasco para o acondicionamento do leite ordenhado deve ser de fácil limpeza e desinfecção, apresentar vedamento perfeito e ser constituído de material inerte e inócuo ao leite (tipo vidro de maionese ou café solúvel com tampa de plástico rosqueável). Os frascos e as tampas devem ser cuidadosamente lavados com água e sabão e, após, fervidos por 15 minutos ou esterilizados. Após a fervura, os frascos e tampas devem ser colocados sobre um tecido limpo para que sequem naturalmente. Ao fechar o frasco, deve-se evitar tocar na parte interna da tampa e do frasco (BRASIL, 2021).

7.4.2 ORDENHA DOMICILIAR

Segundo Brasil (2021), a ordenha deve ser conduzida com rigor higiênico-sanitário capaz de impedir que contaminantes ambientais entrem em contato com o leite e causem prejuízo a sua qualidade. A nutriz deve estar orientada sobre a finalidade e importância dos seguintes procedimentos:

Recomendações antes de iniciar a coleta:

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

Recomendações durante a retirada do leite (ordenha):

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

Recomendações para o armazenamento e o transporte do leite ordenhado:

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

Recomendações para o descongelamento do leite ordenhado:

- a) O frasco deve ser retirado do freezer e descongelado, de preferência, na geladeira.

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

Em algumas situações pode ser necessário e útil retirar o leite do peito durante a amamentação, tais como: quando ocorre a apojadura, sempre que sentir desconforto pela mama muito cheia, se precisar afastar-se da criança por algumas horas, no retorno ao trabalho e quando a mulher, por alguma razão, estiver temporariamente sem poder amamentar (em um ou nos dois seios). Retirar o leite ajuda a deixar a mulher mais confortável e a manter a produção para quando ela voltar a dar o peito (BRASIL, 2021).

Recomenda-se que o leite seja retirado com as mãos. Apesar da utilização de bombas manuais ou elétricas auxiliarem na retirada, deve-se tomar cuidado com o seu uso e higienização, devido ao risco de causar contaminação, fissuras e outros traumas no peito. Para mais informações sobre retirada, armazenamento e oferta do leite retirado, acessar o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (BRASIL, 2021).

8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

Climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos (FLORIANÓPOLIS, 2020).

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 ao médico para investigações adicionais (FLORIANÓPOLIS, 2020).

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida, trata-se de um momento oportuno para rastreamento de risco cardiovascular (conforme Protocolo de Consulta de Enfermagem - Hipertensão e Diabetes), oferta de preventivo de câncer de colo de útero e mama e de testes rápidos para IST 's (SANTA MARIA, 2022).

A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar hormônio folículo estimulante (FSH) (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério)(UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2017).

Quadro 46 - Diagnósticos de enfermagem relacionados a manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CIPE	<ul style="list-style-type: none">Adesão a/ não adesão a regime de exercício físico;• Acompanhamento de rastreamento (Screening);• Ansiedade;• Apoio social/ falta de apoio social;• Humor, deprimido;• Insônia;• Manutenção da saúde, prejudicada;• Menopausa;• Obesidade;• Onda de calor (ou fogacho);• Risco de doença;• Risco de qualidade de vida, negativa;• Risco de queda;• Sobrepeso;• Sono, prejudicado;• Tabagismo;• Tristeza

Fonte: Adaptado de COREN RS, 2022

Quadro 47 – Roteiro de consulta de Enfermagem no climatério

O QUE FAZER?	COMO FAZER?
Acolhimento e escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato Direcionamento para o atendimento necessário
Avaliação Global	<p>Entrevista</p> <ul style="list-style-type: none"> ● DUM; ● Uso de métodos anticoncepcionais; ● Tabagismos e história familiar de câncer de mama; ● Última coleta de citopatológico de colo de útero; ● Sangramento genital pós-menopausa; ● Explorar as queixas e outras demandas relacionadas ao ciclo de vida <p>Exame Físico Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> ● De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares, e cânceres de mama e colo de útero); ● Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal); ● Avaliar risco cardiovascular (Escala de Framingham). <p>Exame Físico Específico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exame ginecológico, coleta oportuna de citopatológico de colo de útero e/ou realização de mamografia, se necessário; ● Atentar para queixas e fatores de risco cardiovasculares;
Plano de Cuidados	<p>Abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Práticas integrativas e complementares, em especial a fitoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alguns fitoterápicos podem auxiliar no alívio dos sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período (observar Quadro 8.5). ● Abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene e sono) e à elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida. ● Atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. ● Orientar anticoncepção no climatério. ● Realizar ações de prevenção de forma individualizada, em especial, quanto às doenças crônicas degenerativas cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com a faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades:

	✓ Não há indicação da realização de exames de rotina no climatério, eles devem ser orientados de forma individualizada, quando necessário.
--	--

Fonte: Adaptado BRASIL, 2016

Quadro 48 – Queixas mais comuns no climatério e manejo

QUEIXA	CONDUTA
<p>Sintomas genitais Dispareunia, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base de água durante a relação sexual, hidratantes vaginais a base óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal; • Sempre investigar outras possíveis causas.
<p>Fogachos</p>	<p>Orientar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir em ambiente bem ventilado; • Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; • Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; • Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada dos sintomas; • Não fumar; • Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que os fogachos se iniciam e, desse modo, tentar identificar situações gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.
<p>Problemas com o Sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior. • Valorizar a presença de situações de estresse e a respostas a elas, como parte da avaliação de rotina; • Praticar atividade física, evitando 3 horas antes de dormir; • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos finais de semana; • Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de ir deitar, como ler um livro ou tomar um banho morno; • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de dormir e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que vai adormecer; ● Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos.
<p>Transtornos Psicossociais Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação da rotina; ● Estimular a participação em atividades sociais; ● Avaliar estados depressivos, especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; ● Considerar tratamento para depressão e ansiedade, a ser prescrito pelo médico, quando necessário, e /ou encaminhamento à psicologia.
<p>Sexualidade Ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão que podem causar dispareunia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular o autocuidado; ● Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas, filmes, etc); ● Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica; ● Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares ● Estimular a prática do sexo seguro; ● Orientar o uso de lubrificantes vaginais a base d'água na relação sexual; ● Considerar a terapia hormonal local, por meio da prescrição de Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações. Na persistência, encaminhar para avaliação médica (COREN - SC, 2017).

Fonte: Adaptado BRASIL, 2016

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

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

- Realizar testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, e orientações referentes às infecções sexualmente transmissíveis;
- Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína (BRASIL, 2016).

8.2 CONTRACEPÇÃO NO CLIMATÉRIO

- Se em uso de contraceptivo combinado oral ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágeno quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 2 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de progestágeno, manter até os 55 anos ou se ainda menstruando, até um ano após o último ciclo (BRASIL, 2016).

Quadro 49 - Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo dos sintomas transitórios no climatério

FITOTERÁPICO	INDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS	CONTRA INDICAÇÕES
Soja (<i>Glycimemax</i>)	Ação estrogênica-simile para os sintomas do climatério. Melhora o perfil lipídico.	Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas. Uso de 50ml a 180 ml/dia, que podem ser divididos em duas tomadas (12/12 horas)	Alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.	-
Trevo Vermelho (<i>Trifolium pratense</i>)	Alívio dos sintomas do climatério. Ação estrogênica-simile.	Extrato padronizado a 8% de isoflavonas. Uso 40-60mg/dia, com dose única diária.	Semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas. O uso concomitante de anticoagulantes orais e heparina pode ter o seu efeito potencializado. O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifeno, pode sofrer interferência. Drogas de metabolismo hepática como antialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (Itraconazol,	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula e presença de coagulopatias. Gestantes e lactantes. Em caso de manipulação cirúrgica de médio e grande porte, interromper o uso 48 horas antes do procedimento.

			<p>ceetoconazol), antineoplásicos (paclitaxel, vinblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina e lovastatina) podem ter sua ação alterada.</p>	
<p>Cimicifuga (<i>Cimicifuga racemosa</i>)</p>	<p>Sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos). Melhora da atrofia da mucosa vaginal.</p>	<p>Extrato padronizado entre 2,5% e 8% de 27-deoxiacteina. Uso: 40-80mg/dia - pode ser associado às isoflavonas</p>	<p>São muito raros, incluem dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náuseas, vômitos e dores articulares</p>	-
<p>Hipérico (<i>Hiperico perforatum</i>)</p>	<p>Quadros leves a moderados de depressão não endógena.</p>	<p>Extratos padronizados 0,3% de hipericinas. Uso: 300 - 900mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900mg), dividir em três tomadas diárias.</p>	<p>Irritação gástrica, sensibilização cutânea - foto-dermatite, insônia, ansiedade.</p>	<p>Gravidez e lactação. Evitar exposição ao sol.</p>
<p>Valeriana (<i>Valeriana Officinales</i>)</p>	<p>Efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia.</p>	<p>Extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos Uso: 300-400 mg/dia divididos em duas a três tomadas.</p>	<p>Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Devem ser respeitadas as dosagens, pois, em excesso pode causar cefaléia e agitação. Grandes quantidades podem induzir a sonhos, dispepsias e reações alérgicas cutâneas.</p>	<p>Hipersensibilidade, gestação e lactação.</p>
<p>Melissa (<i>Melissa officinalis</i>)</p>	<p>Alívio de ansiedade, insônia e algumas desordens digestivas como cólicas intestinais, flatulência, dispepsia, além de</p>	<p>Extratos secos: não menos que 0,5% de óleo volátil contendo citral; não menos que 6% de derivados hidroxicinâmico</p>	<p>Entorpecimento e bradicardia em indivíduos sensíveis.</p>	<p>Gestantes, portadores de glaucoma e de hipertireoidismo e hipersensibilidade aos constituintes</p>

	outras indicações, principalmente quando associada a valeriana	s totais, calculados como ácido rosmarínico. Uso: 80-240 mg/dia, em três tomadas.		da planta
--	--	--	--	-----------

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

9 ATENÇÃO ÀS MULHERES SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As mulheres e a população LGBTQIAP+ estão vulneráveis à violência de gênero nos diferentes ciclos de vida, como a adolescência, a idade reprodutiva, durante a gestação e na terceira idade. Embora as ocorrências sejam mais frequentes no âmbito doméstico, também são perpetradas por pessoas sem laços de parentesco, a exemplo da violência sexual e estupro por estranhos. Sofrem assédio na vida pública em geral, na rua, nos espaços de trabalho e lazer (COREN-SP, 2019). Em 1990, foi reconhecida internacionalmente como um problema de saúde pública (KRUG et al, 2003).

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

Os tipos de VCM descritos no Artigo 7º da Lei Maria da Penha (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2010) são: **violência física**, qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal das mulheres; **psicológica**, conduta que lhe prejudique e perturbe, ou cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que vise degradar ou controlar suas ações, crenças e decisões, mediante ameaça, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, exploração, limitação do direito de ir, dentre outros; a **sexual** que é o constrangimento a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; **violência patrimonial**: configura-se em retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; **violência moral**: conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Além disso, no ano de 2013 o Brasil tipifica o crime de feminicídio: mortes violentas de mulheres decorrentes do exercício de poder e relações de gênero (MENEZES, et al, 2013).

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

Os enfermeiros na APS devem estar atentos para garantir a autonomia da mulher frente aos seus direitos sexuais; observar problemas de saúde aparentemente comuns, mas associados à violência doméstica; realizar um acolhimento ético, responsável, com escuta ativa e conhecer a rede intersetorial local de serviços para apoio à mulher vítima de violência (DUARTE et al., 2019).

9.1 IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NÃO DECLARADA - SINAIS DE ALERTA

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

Em geral, elas não relatam a agressão sofrida e são tidas como hipocondríacas, poliqueixosas, apresentando queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados. Os profissionais precisam estar aptos a identificá-las, procurando conhecer sua história de vida, pois **o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema**. Deve-se estar atento para relatos de acidentes frequentes, como também para a compatibilidade deste relato com a lesão observada. Observa-se que ao serem questionadas sobre violência em casa, as mulheres dizem não, mas respondem afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Isso mostra que a escolha das palavras é um fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente. Mesmo que num primeiro momento a mulher negue, o profissional diante das evidências deve agir de maneira cuidadosa, tentando estabelecer um diálogo e possibilitando assim um canal de ajuda (CURITIBA, 2008).

Além disso, é importante que o profissional identifique um parceiro(a) demasiadamente atento, controlador e que reaja à separação da mulher durante os atendimentos nos serviços de saúde (COREN RS, 2022).

9.1.1 COMO ABORDAR ESSA POPULAÇÃO?

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

Figura 4 - Questionamentos possíveis no atendimento de mulheres com suspeita de violência

- * No último ano você sofreu agressão física de qualquer espécie (incluindo atos como bater, empurrar, puxar cabelos, beliscar, estapear, espancar, agredir com objetos, queimar, tentar estrangular, ameaçar, o uso de, ou efetivamente usar, armas de qualquer tipo)?
- * Sofreu humilhação; maus-tratos, desqualificações públicas ou privadas; xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares?
- * No último ano, você foi forçada a ter relações ou práticas sexuais indesejadas?
- * Você está com problemas no relacionamento familiar?
- * Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- * Você e seu parceiro(ou filho, ou pai ou familiar) brigam muito?
- * Quando vocês discutem, ele fica agressivo?
- * No último ano você sofreu restrição de liberdades individuais: impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas; privação de recursos financeiros para necessidades básicas?
- * Alguém de seu convívio já atacou os seus entes queridos e/ou seus animais de estimação?
- * Alguém de seu convívio já danificou ou destruiu seus objetos pessoais?

Fonte: Adaptado de COREN RS, 2022; D'OLIVEIRA, 2009; SCHRAIBER et al, 2009.

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

9.1.2 SINAIS CLÍNICOS

Lesões físicas agudas: inflamações, queimaduras, contusões, hematomas e fraturas, incluindo face, boca e dentes, qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço provocadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas. Durante a gestação: trabalho de parto prematuro, perdas vaginais (CURITIBA, 2008).

Lesões sexuais: nas mucosas oral, anal e vaginal, manifestando-se com inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura. Infecções sexualmente transmissíveis (IST's), infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez (CURITIBA, 2008).

Manifestações tardias: dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos, como falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas, lesões ou manifestações por IST's em região de boca (CURITIBA, 2008).

9.1.3 SINAIS PSICOSSOMÁTICOS

Stress pós-traumático: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade (CURITIBA, 2008).

Alterações psicológicas: choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, auto reprovação, sentimento de inferioridade, de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo, uso de álcool e drogas, depressão, desordens alimentares/obesidade, tentativas de suicídio e disfunções sexuais (vaginismo) (CURITIBA, 2008).

9.1.4 SINAIS SOCIAIS

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

9.2 SERVIÇOS PARA ATENÇÃO INTEGRADA E COMPETÊNCIAS

9.2.1 SAÚDE

Serviços de atendimento não especializados: Unidades de Saúde, Pronto Atendimento Municipal e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os quais são referência para os casos de violência física. Sendo as UBS como a porta de entrada preferencial ao acolhimento das mulheres em situação de violência, assegurando o atendimento e a sua continuidade no acesso aos demais pontos de atenção, quando necessário (CORTES, 2017).

9.2.2 SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADOS

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

Referência na região Centro do Estado para casos de mulheres gestantes e não gestantes vítimas de violência sexual, contando com a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual (ANEXO 2), composta por: assistente social, psicóloga, enfermeira, ginecologista e médica infectologista (CORTES, 2017).

Competências: o HUSM é responsável por atender os casos de Violência Sexual e funciona como um serviço porta aberta, 24 horas, com Acolhimento e Classificação de Risco, sendo a Violência Sexual classificada como urgência (cor laranja), com tempo de espera para atendimento de 15 minutos. O atendimento deve ser feito pelos profissionais Médico/a, Enfermeiro/a, que estão de plantão no momento do atendimento e estes, se necessário, entrarão em contato com a equipe de matriciamento para buscar supervisão para conduta e acompanhamento. A equipe de matriciamento deverá seguir o atendimento à vítima de violência sexual até referenciar o acompanhamento nos serviços do município. Preconiza-se evitar abordagens desnecessárias à mulher em situação de violência sexual, atendo-se ao atendimento, restringindo o número de pessoas que entram em contato com a mulher (CORTES, 2017).

b) Serviço de apoio: Central de Atendimento Ligue 180.

O **Ligue 180** é um disque denúncia, canal direto de orientação sobre direitos e serviços públicos para a população feminina em todo o país (a ligação é gratuita). Ele é a porta principal de acesso aos serviços que integram a rede nacional de enfrentamento à violência contra a mulher, sob amparo da Lei Maria da Penha, e base de dados privilegiada para a formulação das políticas do governo federal nessa área. Ele realiza o envio de denúncias para a Segurança Pública com cópia para o Ministério Público de cada estado (CORTES, 2017).

c) Assistência Social

Serviços de atendimento não especializados: âmbito da assistência social: três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), um Centro Regional Especializado de Assistência Social (CREAS) e um Centro de Referência da Mulher (CRM) (CORTES, 2017).

CRAS: O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social do Município. Se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que propicia o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de Assistência Social. O Município de Santa Maria possui atualmente 03 estruturas: CRAS LESTE/CAMOBI, CRAS OESTE E CRAS NORTE. Os profissionais são preparados para ouvir e ajudar as mulheres para superarem traumas relacionados a violência doméstica (CORTES, 2017).

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

Competências: proteger, monitorar e acompanhar as mulheres em situação de violência, oferecendo a elas um atendimento psicossocial especializado e o encaminhamento aos serviços públicos necessários. Além disso, atua na redução da ocorrência de riscos, seu agravamento ou sua reincidência (CORTES, 2017).

CRM: O Centro de Referência da Mulher (CRM) é um espaço de acolhimento, assistência psicológica e social, orientação e encaminhamento jurídico para mulheres em situação de violência doméstica (CORTES, 2017).

Serviços de atendimento especializado:

Casas de Passagem é uma casa abrigo para mulheres em situação de violência. A equipe conta com uma psicóloga e uma assistente social.

Competências: acompanhamento psicológico e social, além de atendimento jurídico para mulheres em situação de violência. Elas permanecem no local após boletim de ocorrência realizado na Delegacia da Mulher (CORTES, 2017).

9.3.3 SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA

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

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

Competências: garantir proteção policial quando necessário, acionando Poder Judiciário e Ministério Público; Encaminhar a mulher aos estabelecimentos de saúde e IML; fornecer transporte para abrigo ou local seguro diante de risco de vida; realizar orientações e encaminhar aos outros serviços de atendimento à mulher (CORTES, 2017).

9.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ATENDIMENTO

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

O serviço de saúde deve atuar buscando a conexão com os demais serviços de atendimento, a fim de dar continuidade ao acompanhamento das mulheres e familiares. Cada profissional da equipe cumpre um papel específico no atendimento, no entanto, todos/as precisam estar sensíveis para as questões da violência, a fim de acolher e dar suporte às demandas das mulheres, utilizando-se deste protocolo (CURITIBA, 2008).

Quadro 50 - Consulta de Enfermagem na Situação de Violência

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
CIPE	Ansiedade; <ul style="list-style-type: none"> • Apoio social/ falta de apoio social; • Humor, deprimido; • Humor alterado; • Manutenção da saúde, prejudicada; • Menopausa; • Risco de qualidade de vida, negativa; • Sono, prejudicado; • Tristeza; • Risco de solidão; • Risco de suicídio; • Risco de/ presença de violência.
Acolhimento com escuta qualificada	
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações; • Ter consciência dos sentimentos e emoções que podem surgir durante o atendimento, como raiva, medo e impotência; • Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas (ver Figura 4); • Em situações de mulheres poliqueixosas, com sintomas e dores indefinidos, atentar para possível situação de violência; • Orientar as mulheres sobre a importância do registro da ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento, por parte do profissional de saúde, deve ser realizado independente do boletim de ocorrência. 	
Entrevista	
<ul style="list-style-type: none"> • Detectar situação de vulnerabilidade • Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição); • Realização de anamnese e preenchimento de prontuário que conste, minimamente, as seguintes informações: data e hora do atendimento; história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica e identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência. 	
Exame físico	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame físico geral; • Ofertar o exame ginecológico mediante aconselhamento prévio; • Atentar para recusa ou desconforto no exame ginecológico de rotina; • Atentar para lesões físicas que não se explicam, como acidentes; • Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física. <p>Em caso de violência sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionar: se o agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação, uso de contraceptivo; • Realizar testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites, mediante orientações e aconselhamento pré e pós-teste; • Realizar teste de gravidez; • Atualização da situação vacinal; 	

<ul style="list-style-type: none"> • A contracepção de emergência deve ser prescrita (ver Quadro 9) a todas as mulheres, adolescentes e homens trans expostos(as) a contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do ciclo menstrual em que se encontrem; • Avaliar a indicação de profilaxia contra HIV (em até 72 h após a exposição) e demais ISTs (conforme avaliação clínica e individual), conforme PCDT-IST (2022). Se necessário, solicitar avaliação médica para solicitação de exames complementares e/ou referenciar ao serviço de emergência 24 h;
Plano de cuidados
<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a usuária para acompanhamento social e psicológico, conforme fluxo no anexo 2; • Avaliar a necessidade de encaminhamento para a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, CREAS, CRAS, serviço de apoio jurídico, entre outros; • Acionar o Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude em situações de violência envolvendo menores de 18 anos e Conselho do Idoso, nos casos de violência contra idosos.
Notificação
<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências (anexo 1) - o preenchimento deverá ser realizado mesmo quando há somente suspeita de violência; • O profissional que preenche a ficha não precisa se identificar, pois não é uma denúncia; • Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24 h).

Fonte: Adaptado de COREN-RS, 2022.

9.5 INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Ressalta-se que o enfermeiro deve conhecer a rede de atendimento para violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível, atentando às orientações a seguir (SES/RS, 2018; SES/RS, 2019):

- A interrupção da gravidez resultante de estupro é legalmente permitida, não sendo necessário boletim de ocorrência (BO) e/ou autorização judicial, bastando somente o desejo, o consentimento da mulher e o encaminhamento para um serviço que realize o aborto legal;

- Deve ser realizada até a 20^a semana (ou até a 22^a, quando o feto pesar menos de 500g) e ter o consentimento da usuária, em qualquer circunstância, salvo em caso de iminente risco de vida ou impossibilidade da vítima expressar seu consentimento;

- Gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias) se configura crime de estupro de vulnerável, independente de sexo consentido, ou seja, mesmo que a vítima seja sexualmente ativa e ocorra sem violência ou grave ameaça. Portanto, é dever do profissional comunicar a adolescente sobre o direito de realizar o aborto legal, se for seu desejo.

Para a realização de aborto legal, de acordo com o Código Civil, artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767, seguem considerações (reproduzido de SES/RS, 2018; SES/RS, 2019):

- Vítima a partir dos 18 anos: é capaz de consentir sozinha;

- Vítima menor de 18 anos: deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, se estes não estiverem envolvidos na violência ou por representante legal que se manifeste por ela. Entretanto, se a adolescente tiver condições de discernimento e puder exprimir sua vontade, ela também deverá assinar o

consentimento. Se houver divergência entre a adolescente e seus representantes, caberá ao Juizado decidir.

O atendimento para solicitantes de aborto legal deve seguir as orientações da Portaria n.º 1.508/2005 e Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento (2014), com o encaminhamento aos hospitais de referência para aborto legal, pactuados no Estado. Atualmente, sete instituições do RS estão habilitadas para realização do aborto legal, são elas: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Universitário de Canoas e o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr de Rio Grande (BRASIL, 2021b).

10 REFERÊNCIAS

- BERKOWITZ, L. R.; FOUST-WRIGHT, C. **Postpartum perineal care and management of complications.** *UpToDate*, 31 jan. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-perineal-care-and-management-of-complications?search=sexualidade%20puerp%C3%A9rio&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 17 nov. 2023.
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- _____. Lei Federal, nº 9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.10, p.1-3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 19 out. 2020.
- _____. Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a lei nº 8212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Seção 1 - 10/9/2008, Página 1 (Publicação Original), Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm> 02 maio. 2022.
- _____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília - DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres /** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.
- _____. **Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e normas correlatas.** – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017a. 189 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada).** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 39 P.
- _____. Lei 13.931 de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 11 de dezembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras - Menores de 2 anos** [versão resumida] Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis-Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

_____. Lei 14.598 de 14 de junho de 2023. Dispõe sobre a realização de exames em gestantes. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 15 de junho de 2023a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** (rec. eletr). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. 73p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres. Coordenação de Enfrentamento à Mortalidade Materna. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Nota Técnica Conjunta n. 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Lei Maria da Penha: Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 34 p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, 2017a, Dez 06; (233 seção:1): 157. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/entra-em-vigor-novo-codigo-de-etica-da-enfermagem-brasileira/>. Acesso em 05/09/2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria COFEN Nº 1249 de 20 de setembro de 2017b. Parecer do Conselheiro Federal N.º 277/2017/ COFEN. Orientação sobre inserção de implante subdérmico. **PAD COFEN Nº 0486/2017b**. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-relatora-no-277-2017/>. Acesso em 06/09/2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria COFEN Nº 1249 de 20 de setembro de 2017c. Parecer do Conselheiro Federal N.º 278/2017/ COFEN. Enfermeiros. Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar e Reprodutivo. **PAD COFEN Nº 0514/2010**. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-n-278-2017/>. Acesso em 06/10/2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 736/2024 de 17 de janeiro de 2024: Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto

socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. **Diário Oficial da União**, 2024 jan 23; (150 seção 1):86. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022>. Acesso em 12 abril de 2024.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem. Santa Catarina - **Protocolo de enfermagem – Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida volume 3** - COREN SC, 2017 Florianópolis: 2017, 124 p.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Módulo 1: Saúde da Mulher**. COREN SP, 2019. São Paulo: 2019. 258 p.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina - **Protocolo de enfermagem – Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida volume 3** - Versão 1.4. COREN SC, 2020 Florianópolis: 2020, 125 p.

COREN-CE. Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. **Protocolos de Enfermagem. Cuidado à Saúde da Mulher na Atenção Primária em Saúde (APS)**: Protocolo de Enfermagem: Fortaleza-CE, 2020.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: saúde da mulher**. Porto Alegre, RS: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2022.

COREN-RS. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde [livro eletrônico]: pré-natal de risco habitual**/[Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. Porto Alegre, RS: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2024.

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

CRICIÚMA (SC). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher**. Prefeitura Municipal de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde; Organização Cristini da Luz Moretti Borba. [et al.]. - Criciúma, SC: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. 195 p.

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

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

DUARTE, B. A. R. et al. Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em atenção primária. In: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 7, n. 3, 2019. Minas Gerais: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497960141014>> Acesso em: 24 fev. 2022.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem. Vol 1: **Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. PSICOPATOLOGIAS DAS DISFUNÇÕES E DOENÇAS DA FAMÍLIA(SC), 2015.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem. Vol 3. **Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis (SC); 2016.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem. Vol 3. **Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis (SC); 2020.

GARCIA, T. R. et al. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**: versão 2019\2020. Porto Alegre: Artmed, 2019\2020.

GLOBAL HEALTH MEDIA PROJECT. **What to do about nipple pain – Breastfeeding Series**. 2015. Disponível em: <
<https://globalhealthmedia.org/videos/what-to-do-about-nipple-pain/>>. Acesso em 31 ago. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

ICN - INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Prenatal Nursing Care: ICNP® Catalogue**. Geneva: ICN; 2017.

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

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

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

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Adolescentes e o direito de acesso à saúde**. Nota Técnica: 01/2018. Porto Alegre: publicado em 10 de setembro de 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. **Guia do pré-natal a atenção básica**. Aline Coletto Sortica, Gabriela

Hartmann Cardozo, Gislene Lima da Silva, Melissa de Azevedo, Nadiane Albuquerque Lemos (organizadores) Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde-RS, 2024a. 26p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Divisão da Atenção Primária em Saúde. **Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)**/Célia Adriana Nicolotti, Franciele Masiero Vasconcellos, Gabriela Dalenogare, Isaine Hoffmann Vargas, Luciane da Silva, Paulo Sergio da Silva Mario, Talita Donatti (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2024b. 97p.

RIO GRANDE DO SUL. **Instrução Normativa. Calendário Nacional de Vacinação.** Adaptação: Seção de Imunizações/DVE/CEVS/SES/RS. Porto Alegre, 2024c.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). **Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro: Guia de Elaboração de Protocolos baseados no Processo de Enfermagem.** 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. 64 p. (Série: Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde).

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 001/GAB/SMS**, de 16 de outubro de 2018. Santa Maria, 2018.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 01/2021/SMS**, de 19 de maio de 2021. Santa Maria, 2021.

SANTA MARIA. **Protocolo de Consulta de Enfermagem. Hipertensão e diabetes.** Vol 2. Prefeitura Municipal de Santa Maria: Secretaria de Município da Saúde, 2022.

SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. Política do HIV/AIDS, ISTS, Hepatites Virais, Política da Saúde da Mulher e da Criança, Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS/UFSM). **Instrução de Trabalho. Versão 03. Esquema Terapêutico Utilizado para Tratamento da Sífilis em Gestantes e sua (s) parceria (s) de acordo com a classificação Clínica.** Santa Maria: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE. Secretaria Executiva De Atenção Básica. Coordenação da Política De Saúde Da Mulher. **Protocolo De Atenção Básica Do Recife: Atenção ao Pré-Natal, Parto E Puerpério.** Recife: Secretaria de Saúde, 2022.

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

SHIFREN, J. L. **Overview of sexual dysfunction in females: Epidemiology, risk factors, and evaluation.** UpToDate, 04 may 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiologyrisk-factors-andevaluation?sectionName=Pregnancy%20and%20childbirth&search=sexualidade%20puerp%C3%A9rio&topicRef=127985&anchor=H11&source=see_link#H11. Acesso em: 19 nov. 2023

SIQUEIRA, L. K. R.; MELO, M. C. P. de; MORAIS, R. J. L. de. **Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos.** Revista de Enfermagem da UFSM, [S.L.], v. 9, p. e58, 8

nov. 2019. DOI <https://doi.org/10.5902/2179769233495>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33495>. Acesso em: 19 nov.2023.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS TeleCondutas: **Rastreamento do Câncer do Colo do Útero** [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS. – 5. ed. – Porto Alegre: UFRGS, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Avaliação global e plano de cuidados na atenção às mulheres no climatério.** São Luís, 2017.

VIGUERA, A. **Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis.** UpToDate, 07 apr. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-anddiagnosis?search=Postpartum%20unipolar%20major%20depression:%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20assessment,%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023

WHO. Organização Mundial da Saúde. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 5th Ed. World Health Organization Geneva, 2015 Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9. Acesso em: 02 set. 2024.

ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº _____

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)			
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atingida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado			
	14 Ocupação	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe			
Dados de Residência	20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	30 País (se residente fora do Brasil)				
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado				
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____			44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal												
	Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____											
			47 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			48 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>										
Em casos de violência sexual	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____															
	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei															
Evolução e encaminhamento	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado															
	52 Se óbito pela agressão, data <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>															
53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____																
54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>													55 Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado <input type="checkbox"/>			
Informações complementares e observações																
TELEFONES ÚTEIS																
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100												
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES												
	Nome		Função		Assinatura											

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

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

ANEXO 3 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Esta escala é uma ferramenta de triagem e, portanto, não se destina a fazer um diagnóstico: se a pontuação ≥ 11 , o enfermeiro deve encaminhar a puérpera para avaliação médica ou psicológica se disponível no município. Mulheres que relatam sintomas depressivos sem ideação suicida ou grande comprometimento funcional, se a pontuação for entre 5 e 9, devem ser re-avaliadas dentro de um mês.

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias, e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
[0] Como eu sempre fiz [1] Não tanto quanto antes [2] Sem dúvida, menos que antes [3] De jeito nenhum
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia
[0] Como sempre senti [1] Talvez, menos que antes [2] Com certeza menos [3] De jeito nenhum
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas
[3] Sim, na maioria das vezes [2] Sim, algumas vezes [1] Não, muitas vezes [0] Não, nenhuma vez
4. Tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem motivo.
[3] Sim, na maioria das vezes [2] Sim, algumas vezes [1] Não, raramente [0] Não, nunca
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.
[3] Sim, quase todo o tempo [2] Sim, muitas vezes [1] De vez em quando [0] Não, nenhuma vez
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.
[0] Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las [1] Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes [2] Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente [3] Não, resolvo-as tão bem como antes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.
[3] Sim, na maioria das vezes [2] Sim, algumas vezes [1] Não, raramente [0] Não, nunca
8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada
[3] Sim, na maioria das vezes [2] Sim, algumas vezes [1] Não, raramente [0] Não, nunca
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado
[3] Sim, quase todo o tempo [2] Sim, muitas vezes [1] De vez em quando [0] Não, nunca

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça
[3] Sim, muitas vezes, ultimamente [2] Algumas vezes nos últimos dias [1] Pouquíssimas vezes, ultimamente [0] Nenhuma vez

EPDS – Orientações para cotação

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Fonte: Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.